



**Gonçalo Alves de
Sousa Santinha**

**Serviços de Interesse Geral e Coesão Territorial: o
caso da Saúde**



**Gonçalo Alves de
Sousa Santinha**

**Serviços de Interesse Geral e Coesão Territorial: o
caso da Saúde**

Tese apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor em Ciências Sociais, realizada sob a orientação científica do Doutor Eduardo Anselmo de Castro, Professor Associado do Departamento de Ciências Sociais, Políticas e do Território da Universidade de Aveiro, e da Doutora Teresa Sá Marques, Professora Associada da Faculdade de Letras da Universidade do Porto

Ao meu pai e à minha mãe...
pelo apoio incondicional e pela formação que me proporcionaram
pelo exemplo que são para mim

À Lena, à Marta e ao Miguel...
pelo amor e carinho
pela compreensão nos momentos em que estive menos presente

o júri

presidente

Prof. Doutor Anibal Manuel de Oliveira Duarte
Professor Catedrático da Universidade de Aveiro

Prof^ª. Doutora Ana Paula Santana Rodrigues
Professora Catedrática da Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra

Prof. Doutor João Manuel Machado Ferrão
Investigador Coordenador do Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa

Prof. Doutor Eduardo Anselmo Moreira Fernandes de Castro
Professor Associado da Universidade de Aveiro (orientador)

Prof. Doutor Carlos José de Oliveira e Silva Rodrigues
Professor Auxiliar da Universidade de Aveiro

Prof. Doutor Domingos Fernando da Cunha Santos
Professor Adjunto do Instituto Politécnico de Castelo Branco

agradecimentos

No decorrer deste percurso investigativo, contei com o apoio e a colaboração de inúmeras pessoas, a quem gostaria de deixar um agradecimento especial.

Desde logo, uma palavra de agradecimento aos meus orientadores científicos, Prof. Doutor Eduardo Anselmo de Castro e Prof.^a Doutora Teresa Sá Marques, pela crítica exigente, pelo rigor científico e pela forma como souberam dosear a liberdade necessária para que eu construísse o meu próprio caminho. Aliás, o modo como esta dupla supervisão se complementou foi extremamente útil para a condução do trabalho e enriquecedora para o meu percurso científico. Mas, acima de tudo, uma menção particular à amizade que existe entre nós há vários anos.

Dois agradecimentos em particular: ao Prof. Doutor João Ferrão pelo permanente estímulo intelectual, pelos comentários sempre pertinentes e pelo incentivo constante, e ao Prof. Doutor Carlos Rodrigues pelas observações acutillantes e pelo incansável incentivo e companheirismo.

Agradeço, também, à Prof.^a Doutora Paula Santana e ao Prof. Doutor Nelson Rocha pelo tempo disponibilizado, pelo conhecimento partilhado e pelo interesse demonstrado no progresso da investigação.

Agradeço a todos os que tive o prazer de entrevistar no âmbito da investigação realizada, cuja disponibilidade e amabilidade foi total. O conhecimento adquirido neste percurso investigativo decorre, em grande parte, das longas conversas que tivemos. Neste contexto, não poderia deixar de agradecer em particular ao Prof. Doutor Jorge Simões pelo inestimável apoio prestado na realização do trabalho empírico.

Estendo o agradecimento à ARSC pela disponibilidade demonstrada em facultar alguns dados estatísticos.

Uma palavra de apreço aos colegas do Departamento de Ciências Sociais, Políticas e do Território, em especial ao José Mota e ao João Marques, companheiros e conselheiros em diversas ocasiões. Incluo neste agradecimento a dispensa de serviço docente facultada pela Universidade de Aveiro e o bom ambiente de trabalho que os colegas proporcionam.

Ainda um agradecimento generalizado a todos os colegas e amigos que, de forma informal, contribuíram para o desenvolvimento da dissertação.

Por fim, uma palavra de carinho e agradecimento aos meus pais, à Lena e aos meus filhotes (Marta e Miguel), não só pelo que representam para mim, mas também pelo apoio incondicional todos estes anos.

palavras-chave

Serviços de Interesse Geral, Cuidados de Saúde, Coesão Territorial, Heterogeneidade Territorial, Organização Territorial, Governança Territorial.

resumo

De uma forma simples, esta é uma tese que associa a dimensão territorial à formulação de políticas públicas no âmbito dos *Serviços de Interesse Geral*, expressão atualmente utilizada no seio da Comissão Europeia em substituição do termo *Serviços Públicos*.

O ponto de partida é o de que, particularmente nas últimas duas décadas, estes serviços tiveram de se adaptar a um mundo em mudança, quer ao nível das tendências políticas, quer do ponto de vista dos constrangimentos financeiros. A decisão sobre a afetação e distribuição de recursos tem, por isso, obtido uma atenção crescente no domínio das políticas públicas.

Contudo, as decisões sobre a natureza, a abrangência e a distribuição dos recursos a prestar são complexas, envolvendo, não só critérios técnicos, mas também julgamentos de valor e a criação de consensos políticos. Esta questão é ainda mais premente numa conjuntura, por um lado, de contenção de gastos, no qual a procura de eficiência ganha maior preponderância, e, por outro, de incremento das próprias expectativas dos cidadãos, em que a ideia de equidade é valorada. Atendendo a este contexto, é natural que em diversos processos de tomada de decisão haja alguma tensão entre estes dois princípios, questionando-se sobre quanto é que se deve sacrificar da equidade a favor da eficiência e vice-versa.

A presente investigação filia nestas inquietações. O argumento subjacente é o de que o princípio de *Coesão Territorial*, enquanto novo paradigma de desenvolvimento do território europeu e um dos mais recentes objetivos políticos da Comissão e dos estados-membros, contribui para ajudar a ponderar a relação equidade/eficiência em processos de decisão política sobre provisão de Serviços de Interesse Geral. A linha condutora de investigação centra-se na saúde (em geral) e nos cuidados de saúde (em particular) como exemplo de um serviço que, dada a sua importância na sociedade, justifica uma atenção especial das políticas públicas, mas que tem sido alvo de debate político e académico e de reorganização da sua estrutura na tentativa de diminuição dos custos associados, com repercussões do ponto de vista territorial. A esta questão acresce o facto de que pouco se conhece sobre quais os princípios e os critérios que estão na base de decisões políticas no campo da saúde e qual o papel que o território aqui ocupa.

Para compreender se e *como* a dimensão territorial é considerada na formulação de políticas de saúde, bem como de que forma a adoção do princípio de coesão territorial na formulação de políticas públicas introduz um outro tipo de *racionalidade* aos processos de tomada de decisão, optou-se por uma metodologia de abordagem essencialmente qualitativa, baseada i) na realização de entrevistas semiestruturadas conduzidas presencialmente a atores-chave da esfera da decisão pública, ii) na análise dos principais instrumentos programáticos das políticas de saúde e iii) na análise de dois estudos de caso (sub-regiões do Baixo Vouga e da Beira Interior Sul).

Os resultados alcançados permitem, por um lado, compreender, discutir e clarificar os processos de tomada de decisão em saúde, por outro, justificar o propósito da adoção do princípio de Coesão Territorial na formulação de políticas e, por fim, avançar com linhas de investigação futura sobre Serviços de Interesse Geral e Coesão Territorial.

keywords

Services of General Interest, Healthcare, Territorial Cohesion, Territorial Heterogeneity, Territorial Organisation, Territorial Governance

abstract

How to embrace the territorial dimension in policy-making regarding *Services of General Interest* is, simply put, the primary focus of this thesis.

Replacing the notion of *public services*, at the hands of the European Commission, *Services of General Interest* have faced in the past two decades several political and financial challenges. Accordingly, discussions about resource allocation and distribution regarding the provision of these services have been subject of increasing interest in political and academic fields. However, decisions about the nature and focus of resources are complex and combine technical criteria with ethical/moral judgements and institutional cooperation. The present trend to diminish public expenditure (thus emphasising the idea of efficiency) and the increasing expectations of citizens (highlighting the importance of equity) provide an additional challenge to decision-making processes: how to deal with the equity/efficiency trade-off?

This thesis asserts that *Territorial Cohesion*, one of the most recent overarching goals of EU, can be of added value to ponder the equity/efficiency trade-off in policy making regarding *Services of General Interest*. The research work aims to discuss this issue in the particular case of healthcare. Highly debated in present times, healthcare provides an interesting example of how recent policy trends towards service concentration are affecting people in different territorial environments. Moreover, little is known about the rationale behind health policy making: what are the main priorities in resource allocation? Which criteria are used? How is the territorial dimension being considered in these processes?

Focusing on the Portuguese National Health System, the search for answers to these disquiets from an empirical viewpoint has followed primarily a qualitative approach based on i) semi-structured interviews to national and regional health policymakers; ii) document analysis (main health policy plans and guidelines) and iii) case study analysis to two NUTS III regions (Baixo Vouga and Beira Interior Sul).

The empirical research results, not only provide a fruitful portray of how decision makers design and implement health policies, but also justify the added value of integrating territorial cohesion in public policy making. The results achieved in the thesis can also be seen as a framework for further research regarding *Services of General Interest* and *Territorial Cohesion*.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
ENQUADRAMENTO E OBJETIVOS DE INVESTIGAÇÃO	1
ABORDAGEM METODOLÓGICA	9
ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO	11

PARTE I. SERVIÇOS DE INTERESSE GERAL E COESÃO TERRITORIAL: **CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA**

CAP. 1: SERVIÇOS DE INTERESSE GERAL E POLÍTICAS PÚBLICAS: ENQUADRAMENTO....	14
1.1. INTRODUÇÃO AO CONCEITO: UMA LEITURA A PARTIR DE DOCUMENTOS PROGRAMÁTICOS DA UE	14
1.2. SERVIÇOS DE INTERESSE GERAL, ESTADO E GESTÃO PÚBLICA: BREVE INCURSÃO HISTÓRICA	18
1.2.1. Período prévio ao Estado Providência.....	18
1.2.2. Estado Providência	19
1.2.3. Nova Gestão Pública.....	28
1.2.4. Período Pós-Nova Gestão Pública	32
1.3. BALANÇO CRÍTICO DE UM DEBATE EM ABERTO	39
CAP. 2: JUSTIÇA SOCIAL, UTILIZAÇÃO RACIONAL DE RECURSOS E COESÃO TERRITORIAL NA FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS.....	44
2.1. JUSTIÇA SOCIAL E UTILIZAÇÃO RACIONAL DE RECURSOS	44
2.2. COESÃO TERRITORIAL	60
2.2.1. A dimensão territorial nas políticas públicas: rumo à Coesão Territorial	60
2.2.2. A adoção do princípio de Coesão Territorial no contexto atual das políticas públicas.....	72
2.2.3. O “efeito Europa” e o princípio de Coesão Territorial: uma ilustração com o caso português.....	76
2.2.4. A adoção do princípio de Coesão Territorial no âmbito dos Serviços de Interesse Geral.....	87
2.2.5. O princípio de Coesão Territorial: uma interpretação processual	91

PARTE II. CUIDADOS DE SAÚDE E COESÃO TERRITORIAL: **CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA**

CAP. 1: SAÚDE / CUIDADOS DE SAÚDE E POLÍTICAS PÚBLICAS	112
1.1. SAÚDE E CUIDADOS DE SAÚDE, ESTADO E GESTÃO PÚBLICA: TRAÇOS COMUNS DE REFORMAS RECENTES	112
1.2. SAÚDE E CUIDADOS DE SAÚDE: CARACTERÍSTICAS E PARTICULARIDADES.....	121
CAP. 2: EQUIDADE, EFICIÊNCIA E COESÃO TERRITORIAL NOS CUIDADOS DE SAÚDE: QUADRO CONCEITUAL DE REFERÊNCIA	128
2.1. EQUIDADE E EFICIÊNCIA NOS CUIDADOS DE SAÚDE: ENQUADRAMENTO	128
2.2. TERRITÓRIO, EQUIDADE E EFICIÊNCIA NOS CUIDADOS DE SAÚDE: O PONTO DE PARTIDA ANALÍTICO	134
2.3. A ADOÇÃO DO PRINCÍPIO DE COESÃO TERRITORIAL NOS CUIDADOS DE SAÚDE.....	150
2.3.1. Dimensão heterogeneidade territorial	150
2.3.2. Dimensão organização territorial	158
2.3.3. Dimensão governança territorial.....	169
2.3.4. Uma visão de síntese	188

PARTE III. RELAÇÃO CUIDADOS DE SAÚDE/TERRITÓRIO:
A PERSPETIVA DOS ATORES

CAP. 1: ENQUADRAMENTO: BREVE CARACTERIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS.....	196
CAP. 2: CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS.....	214
2.1. DO ARGUMENTO DA TESE À ABORDAGEM METODOLÓGICA.....	214
2.2. DA ABORDAGEM METODOLÓGICA À RECOLHA E TRATAMENTO DE INFORMAÇÃO	220
2.2.1. Decisores políticos.....	220
2.2.2. Instrumentos programáticos da Política de Saúde.....	224
2.2.3. Atores regionais e locais.....	225
CAP. 3: DECISORES POLÍTICOS: DOS PRINCÍPIOS À AÇÃO	229
3.1. INTRODUÇÃO.....	229
3.2. A PERSPETIVA DOS DECISORES POLÍTICOS.....	233
3.2.1. Princípios fundamentais e dimensão territorial na definição de políticas da saúde	233
3.2.2. Trade-off equidade/eficiência e dimensão territorial na saúde.....	234
3.2.3. Fatores externos aos cuidados de saúde nos processos de tomada de decisão	268
3.2.4. Saúde enquanto atividade exportadora	288
3.2.5. Mecanismos de governança na saúde.....	310
3.3. UMA VISÃO DE CONJUNTO	331
CAP. 4: INSTRUMENTOS DA POLÍTICA DE SAÚDE: DAS PRIORIDADES DOS DECISORES POLÍTICOS ÀS PRIORIDADES PROGRAMÁTICAS.....	342
4.1. INTRODUÇÃO.....	342
4.2. PRIORIDADES INDIVIDUAIS E PROGRAMÁTICAS: CONVERGÊNCIAS E DIVERGÊNCIAS	344
4.2.1. Programa do XIX Governo Constitucional e Grandes Opções do Plano 2012-2015.....	344
4.2.2. Memorando de Entendimento sobre as Condicionaisidades de Política económica.....	349
4.2.3. Plano Nacional de Saúde 2012-2016	353
4.2.4. Redes de Referenciação Hospitalar.....	362
4.2.5. Carta Hospitalar	367
4.2.6. Plano Regional de Saúde.....	373
4.3. UMA VISÃO DE CONJUNTO.....	379
CAP. 5: ATORES REGIONAIS E LOCAIS: O CASO DA REGIÃO CENTRO	387
5.1. INTRODUÇÃO.....	387
5.2. A REGIÃO CENTRO E AS SUB-REGIÕES DO BAIXO VOUGA E DA BEIRA INTERIOR SUL: BREVE CARACTERIZAÇÃO	390
5.3. A PERSPETIVA DOS ATORES REGIONAIS E LOCAIS	412
5.3.1. Princípios fundamentais e dimensão territorial na definição de políticas da saúde	412
5.3.2. Trade-off equidade/eficiência e dimensão territorial na saúde.....	413
5.3.3. Fatores externos aos cuidados de saúde nos processos de tomada de decisão	435
5.3.4. Saúde enquanto atividade exportadora	456
5.3.5. Mecanismos de governança na saúde.....	467
5.4. UMA VISÃO DE CONJUNTO.....	488
CAP. 6: DOS DECISORES POLÍTICOS AOS ATORES REGIONAIS E LOCAIS: UMA VISÃO DE SÍNTESE.....	505
CONCLUSÕES E TÓPICOS PARA UMA AGENDA DE INVESTIGAÇÃO.....	523
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	533

ÍNDICE DE FIGURAS

Fig. 1: As Funções de Produção e de Utilidade.....	56
Fig. 2: Matriz analítica de uma AMC	58
Fig. 3: Relação custos/raio da área de influência de um prestador de cuidados de saúde.....	136
Fig. 4: Critérios para aferir a governança de sistemas de saúde.....	170
Fig. 5: Estrutura orgânica dos ACES.....	208
Fig. 6: Organograma do Ministério da Saúde.....	213
Fig. 7: RRH de Dermatologia para a Região de Saúde do Centro	364
Fig. 8: Distribuição dos serviços de urgência.....	365
Fig. 9: A Região Centro de Portugal (NUTS II)	390
Fig. 10: NUTS III e respetivos concelhos da Região Centro.....	391
Fig. 11: Outros indicadores socioeconómicos por Município para as sub-regiões do Baixo Vouga e da Beira Interior Sul	396
Fig. 12: Diversidade dos padrões de povoamento na Região Centro e sua relação com a Rede Viária Fundamental	397
Fig. 13: Âmbito territorial da ARSC em vigor a partir de 30/11/2012	400
Fig. 14: Atores regionais e locais: atitudes e relações interinstitucionais	499

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Sistematização das principais considerações efetuadas nos PROT sobre coesão territorial	80
Quadro 2: Sistematização da leitura dos documentos de orientação estratégica no que respeita às principais ideias associadas à coesão territorial	86
Quadro 3: Distinção entre indivíduos e territórios em contextos territoriais e de rendimento díspares.....	90
Quadro 4: Dimensões analíticas do princípio de Coesão Territorial e respectivas componentes de intervenção de política pública.....	110
Quadro 5: Referencial de intervenção de políticas de saúde: dimensão Heterogeneidade Territorial.....	189
Quadro 6: Referencial de intervenção de políticas de saúde: dimensão Organização Territorial	190
Quadro 7: Referencial de intervenção de políticas de saúde: dimensão Governança Territorial	192
Quadro 8: Evolução de indicadores de cobertura e de utilização, 1970-1980	201
Quadro 9: Evolução de indicadores de saúde, 1970-1980	202
Quadro 10: Valor das taxas moderadoras (2004-2012).....	210
Quadro 11: Relação entre os objetivos temáticos (domínios analíticos) das entrevistas e as dimensões analíticas integrantes do princípio de coesão territorial	221
Quadro 12: Lista de atores entrevistados (grupo dos decisores políticos).....	223
Quadro 13: Lista de atores entrevistados (grupo dos atores regionais e locais).....	226
Quadro 14: Prioridades de intervenção no âmbito do <i>trade-off</i> equidade/eficiência.....	236
Quadro 15: Avaliação da realidade e das políticas atuais	239
Quadro 16: Linhas de orientação prioritária	242
Quadro 17: Relação escala de atuação / principais instituições a envolver / instrumentos primários de intervenção a utilizar	256
Quadro 18: Operacionalização das linhas de orientação prioritária	260
Quadro 19: Avaliação da realidade e das políticas atuais	271
Quadro 20: Linhas de orientação prioritária	273
Quadro 21: Principais objetivos de política por escala de atuação	274
Quadro 22: A perspetiva institucional por escala de atuação.....	275
Quadro 23: Relação escala de atuação / principais instituições a envolver / instrumentos primários de intervenção a utilizar: domínio de orientação de saúde pública	278
Quadro 24: Relação escala de atuação / principais instituições a envolver / instrumentos primários de intervenção a utilizar: domínio de orientação de articulação institucional.....	280
Quadro 25: Relação escala de atuação / principais instituições a envolver / instrumentos primários de intervenção a utilizar: domínio de impacto local dos serviços	281
Quadro 26: Operacionalização das linhas de orientação prioritária	284
Quadro 27: Avaliação da realidade e das políticas atuais	293
Quadro 28: Linhas de orientação prioritária	295
Quadro 29: A perspetiva institucional por escala de atuação.....	298
Quadro 30: Relação escala de atuação / principais instituições a envolver / instrumentos primários de intervenção a utilizar: domínio de orientação referente à Diretiva.....	301
Quadro 31: Relação escala de atuação / principais instituições a envolver / instrumentos primários de intervenção a utilizar: domínio de orientação referente ao turismo de saúde	302
Quadro 32: Relação escala de atuação / principais instituições a envolver / instrumentos primários de intervenção a utilizar: domínio de orientação referente à investigação e à inovação.....	302
Quadro 33: Operacionalização das linhas de orientação prioritária	305

Quadro 34: Avaliação da realidade e das políticas atuais	315
Quadro 35: Linhas de orientação prioritária	318
Quadro 36: A perspetiva institucional por escala de atuação.....	322
Quadro 37: Relação escala de atuação / principais instituições a envolver / instrumentos primários de intervenção a utilizar	324
Quadro 38: Operacionalização das linhas de orientação prioritária	327
Quadro 39: Relação entre a formação dos entrevistados e a tipologia estabelecida.....	338
Quadro 40: Relação entre a atividade profissional dos entrevistados e a tipologia estabelecida.....	339
Quadro 41: Articulação das principais linhas de orientação: decisores vs. Programa de Governo e GOP.....	348
Quadro 42: Articulação das principais linhas de orientação: decisores vs. Programa de Governo e GOP.....	352
Quadro 43: Articulação das principais linhas de orientação: decisores vs. PNS	361
Quadro 44: Articulação das principais linhas de orientação: decisores vs. RRH	366
Quadro 45: Articulação das principais linhas de orientação: decisores vs. Carta Hospitalar	372
Quadro 46: Articulação das principais linhas de orientação: decisores vs. PRS.....	378
Quadro 47: A dimensão territorial nos instrumentos programáticos	380
Quadro 48: Visão global da articulação das principais linhas de orientação: decisores vs. Instrumentos programáticos	383
Quadro 49: Indicadores de população e distribuição por grau de urbanização (TIPAU) por NUTS II.....	392
Quadro 50: Indicadores de população por NUTS III.....	393
Quadro 51: Indicadores de população por Município para as sub-regiões do Baixo Vouga e da Beira Interior Sul	393
Quadro 52: Outros indicadores socioeconómicos para as NUTS III da Região Centro	395
Quadro 53: Indicadores de Saúde por NUTS III da Região Centro e por Município para as sub-regiões do Baixo Vouga e da Beira Interior Sul	399
Quadro 54: Unidades funcionais dos ACES e ULS integrantes da Região de Saúde do Centro (2011)	401
Quadro 55: Utentes inscritos na Região Saúde Centro com e sem médico de família por ACES e ULS (2011)	401
Quadro 56: Lotação praticada nos Hospitais da Região Centro (2011)	402
Quadro 57: Indicadores sobre a oferta de cuidados de saúde por NUTS II e para as NUTS III da Região Centro	403
Quadro 58: Indicadores sobre a oferta de cuidados de saúde por Município das sub-regiões do Baixo Vouga e da Beira Interior Sul.....	403
Quadro 59: Distância e respetivo tempo de deslocação à sede do centro de saúde e ao hospital de referência para alguns aglomerados remotamente localizados nos Municípios do Baixo Vouga e da Beira Interior Sul....	405
Quadro 60: Indicadores sobre a utilização de cuidados de saúde primários por NUTS II e para as NUTS III da Região Centro	406
Quadro 61: Indicadores sobre a utilização de cuidados de saúde primários para os municípios das sub-regiões do Baixo Vouga e da Beira Interior Sul.....	406
Quadro 62: Indicadores sobre a utilização de cuidados hospitalares por NUTS II	408
Quadro 63: Indicadores sobre a utilização de cuidados hospitalares para as NUTS III da Região Centro.....	409
Quadro 64: N° de camas da RNCCI contratadas e em funcionamento a 30/06/2012.....	410
Quadro 65: Taxa de ocupação por tipologia em 2012.....	410
Quadro 66: N° de camas da RNCCI por NUTS III em 2011	410
Quadro 67: Prioridades de intervenção no âmbito do <i>trade-off</i> equidade/eficiência	415
Quadro 68: Avaliação da realidade e das políticas atuais	417
Quadro 69: Linhas de orientação prioritária	420

Quadro 70: Relação escala de atuação / principais instituições a envolver / instrumentos primários de intervenção a utilizar	428
Quadro 71: Operacionalização das linhas de orientação prioritária	431
Quadro 72: Avaliação da realidade e das políticas atuais	439
Quadro 73: Linhas de orientação prioritária	441
Quadro 74: A perspectiva institucional por escala de atuação.....	444
Quadro 75: Relação escala de atuação / principais instituições a envolver / instrumentos primários de intervenção a utilizar: domínio de orientação de saúde pública	447
Quadro 76: Relação escala de atuação / principais instituições a envolver / instrumentos primários de intervenção a utilizar: domínio de orientação de articulação institucional.....	449
Quadro 77: Relação escala de atuação / principais instituições a envolver / instrumentos primários de intervenção a utilizar: domínio de impacto local dos serviços	449
Quadro 78: Operacionalização das linhas de orientação prioritária	452
Quadro 79: Avaliação da realidade e das políticas atuais	458
Quadro 80: Linhas de orientação prioritária	460
Quadro 81: Relação escala de atuação / principais instituições a envolver / instrumentos primários de intervenção a utilizar	464
Quadro 82: Avaliação da realidade e das políticas atuais	473
Quadro 83: Linhas de orientação prioritária	476
Quadro 84: A perspectiva institucional por escala de atuação.....	480
Quadro 85: Relação escala de atuação / principais instituições a envolver / instrumentos primários de intervenção a utilizar	483
Quadro 86: Relação entre a atividade profissional e a formação dos entrevistados e a tipologia estabelecida	502

INTRODUÇÃO

“Closure of public service broadcaster could endanger media pluralism in Greece, warns OSCE media freedom representative” (OSCE Press Release, 12-06-2013)

“Os presidentes de câmara do Algarve, em bloco, decidiram “repudiar” as medidas de redução e encerramento de serviços públicos de saúde, bem como de repartições de Finanças e delegações do Centro Regional de Segurança Social” (Jornal Público, 26-11-2013)

“O primeiro-ministro comentava a contestação ao encerramento de tribunais e outros serviços públicos (...): «o país não pode ficar como estava há 30 anos ou há 50 anos. O país mudou e desse ponto de vista a oferta de serviços públicos também tem de ir de acordo com as mudanças que o país foi fazendo»” (Jornal i, 07-02-2014)

“NHS hospital closures should be shaped by health needs, not by the market: Health secretary Jeremy Hunt's new clause in the care bill will mean that decisions about which NHS services to cut are made out of political expediency and not for the public good” (Anne Perkins, The Guardian, 04-03-2014)

“Plusieurs syndicats appellent à une journée d'action et à des manifestations pour dénoncer le pacte de responsabilité rebaptisé pacte d'austérité. Cette journée touchera les écoles, les transports, la CPAM ou encore la Poste” (Francetv, 17-03-2014)

“Mais de 6.500 serviços públicos encerraram desde 2000, sobretudo no norte e interior de Portugal Continental, e mais de 150 devem encerrar proximamente, de acordo com um levantamento feito pela agência Lusa junto de entidades oficiais locais. (...) Comentando o levantamento feito (...) o padre Lino Maia [presidente da CNIS] afirmou: «O número não conhecia, mas quem anda pelo país verifica que isso é verdade e, depois, o problema é que não há, de facto, ordenamento do território. Fecha-se tudo nos mesmos sítios sempre»” (Jornal i, 22-03-2014)

Enquadramento e objetivos de investigação

As afirmações acima reproduzidas de meios de comunicação social nacionais e internacionais ilustram a controvérsia existente em torno dos serviços públicos. Embora as datas das notícias mostrem a atualidade do tema, o debate em si não é novo e as reações variam consoante as conceções político-ideológicas, as escolas de pensamento, os traços histórico-culturais, os quadros-legais e o próprio contexto temporal, que conduziu no final da década de 1990 a uma mudança de terminologia por parte da Comissão Europeia (CE), passando a designar os serviços públicos por *serviços de interesse geral*. Uma interpretação para esta alteração reside na procura de uma denominação comum para um termo com diferentes designações (*public services, public utilities, service public...*) e significados, passando assim a haver no espaço europeu um reconhecimento unânime e sobre a mesma designação do papel chave que estes

serviços desempenham na sociedade. Uma leitura mais atenta, porém, coloca esta questão num contexto de transformação mais vasto, quer ao nível das tendências políticas (em muito associadas, por exemplo, à liberalização dos mercados), quer do ponto de vista dos constrangimentos financeiros (em que a atual crise económica e social constitui um bom exemplo), pelo que estes serviços, particularmente nas últimas três décadas, tiveram de se adaptar a um mundo em mudança. Assim sendo, a alteração de nomenclatura surge essencialmente associada ao desconforto e desentendimento em torno da palavra polissémica *público*, que pode referir-se aos beneficiários do serviço ou às instituições públicas que prestam o serviço. Tenta, portanto, diferenciar-se o interesse e a importância de prestar o serviço ao cidadão (conceção funcional) da entidade que presta esse mesmo serviço (conceção orgânica).

Esta é uma questão que, acima de tudo, coloca em discussão o papel do Estado e das políticas públicas e justifica a razão do debate se centrar sobretudo na procura do modelo de organização mais eficiente para a prestação de serviços desta natureza. E se, no que respeita à segunda metade do século XX, o papel interventivo do Estado não foi posto em causa até finais da década de 1970, desde então que as fronteiras entre o público e o privado se foram esbatendo, passando o Estado, recorrendo de forma caricatural à imagem do filme de Sergio Leone, *il buono, il brutto, il cattivo* (*The Good, the Bad and the Ugly*), a ser observado por muitas instâncias simultaneamente como o *mau* (demasiado burocrático, lento e complexo) e o *vilão* (gastador e ineficiente) em contraponto aos atores não públicos.

A este facto não é alheia a ausência de uma precisão clara do entendimento que se tem por serviço de interesse geral. Ou seja, a adoção institucional da nova terminologia não foi acompanhada por uma explícita definição concetual. Com efeito, apesar das recorrentes discussões sobre o que os serviços de interesse geral representam e sobre quem os deve prestar, acompanhadas por inúmeros documentos programáticos lançados pela CE, permanece a ausência de uma interpretação consensual no seio da UE. A própria distinção generalista que é feita entre os serviços de natureza económica dos de natureza não económica e, mais recentemente, os de natureza social, sem se apresentarem em concreto as respetivas características específicas, vem introduzir alguma nebulosidade à discussão.

Ora, considerando o contributo positivo destes serviços para a sociedade, seja por assegurarem a qualidade de vida dos cidadãos, seja porque representam, nas próprias palavras da CE, os pilares de desenvolvimento social e económico do espaço europeu, a incerteza em torno do seu conceito, associada às tendências recentes no âmbito da governação pública, levanta preocupações sobre como e por quem deverão estes serviços ser prestados e financiados, questão ainda mais pertinente no momento atual de crise económica e social em que o encerramento de diversos serviços tem estado no âmago de diversas contestações sociais, como as notícias atrás transcritas atestam.

No âmbito deste debate não é indiferente a tensão que existe em torno dos princípios que devem estar na base da tomada de decisão política. E se, por um lado, a ideia de *justiça social* constitui uma das principais razões que justificam a intervenção pública, procurando garantir que todos os cidadãos tenham a mesma igualdade de oportunidades (numa ótica de *equidade distributiva*), por outro lado, a perceção generalizada das fragilidades acima mencionadas sobre a atuação do Estado e da sua dificuldade em responder prontamente aos efeitos da crise económico-financeira tem conduzido à procura de uma maior utilização *racional* de recursos (ou seja, uma afetação adequada de recursos na ótica da *eficiência*), colocando, por isso, em causa a abrangência da ideia de justiça social e questionando o próprio papel das políticas públicas neste contexto.

No âmbito da discussão em torno dos serviços de interesse geral, diz o Tratado de Lisboa, em vigor desde 2009, por via do seu art.º 16º e do Protocolo n.º 26 que o acompanha, e em articulação com a Carta de Direitos Fundamentais da União Europeia (UE), que o acesso aos serviços de interesse geral deve ser garantido a fim de se promover a coesão social e territorial. Por outras palavras, todos os cidadãos devem ter acesso aos serviços independentemente das suas características sociais ou da sua localização geográfica. Ora, esta questão acrescenta um outro fator à discussão efetuada até ao momento: a necessidade de considerar a dimensão territorial na formulação de políticas no âmbito dos serviços de interesse geral. A razão é essencialmente dupla. Primeiro, porque os territórios devem ser observados enquanto contextos estruturantes, na medida em que as oportunidades dos indivíduos estão associadas ao território onde vivem ou exercem a sua atividade profissional, pelo que estes podem constituir fatores amplificadores de determinadas disparidades sociais e económicas. Depois, porque os próprios territórios podem constituir níveis de intervenção operacionais, na medida em que estabelecem referenciais de ação, quer como forma de diminuir desequilíbrios socioeconómicos, quer como forma de potenciar e otimizar recursos, quer ainda enquanto palcos privilegiados de articulação entre políticas públicas (de base territorial e sectoriais) e entre diferentes atores. Acresce que ao considerar-se a pertinência dos territórios nesta dupla ótica está também a salientar-se a questão da escala territorial – problemas e necessidades espacialmente distintos, com estruturas institucionais e níveis de intervenção também diferenciados –, pelo que as escalas local e regional, ao refletirem mais adequadamente as situações económicas e sociais, ganham preponderância na formulação de políticas públicas.

Uma leitura atenta do Tratado de Lisboa coloca ainda em evidência uma outra questão: o princípio de *coesão territorial* torna-se institucionalmente explícito – enquanto terceiro pilar de atuação a par da coesão económica e da coesão social – e surge em estreita articulação com os serviços de interesse geral. Apesar de o termo surgir antes da transição do século, é com efeito nos últimos sete anos que se

observa a ascensão do princípio de coesão territorial a um dos principais objetivos políticos e novo paradigma de desenvolvimento do espaço europeu. É certo que este novo desígnio de natureza político-normativa traduz uma vontade da CE e dos próprios estados-membros em salientar a dimensão territorial e as especificidades locais na formulação de políticas públicas. Também é verdade que se numa fase inicial a coesão territorial surge com o principal intuito de moderar os efeitos associados à (tendência de) liberalização dos serviços de interesse geral, atualmente a este conceito está igualmente associada a ideia valorização territorial, isto é, de conceção do território enquanto contexto para aumentar o leque de oportunidades dos seus habitantes e promover o bom desempenho das suas instituições, o que por sua vez reforça a necessidade de considerar a dimensão territorial na formulação de políticas públicas. Contudo, pese embora os inúmeros documentos programáticos da UE publicados a este propósito, com destaque para o Livro Verde sobre a Coesão Territorial, os relatórios de coesão e para a Agenda Territorial TA2020, a dúvida subsiste sobre a interpretação e a operacionalização deste princípio. Alguns autores consideram, apesar de tudo, que a amplitude e a pouca precisão do conceito são propositadas: é mais fácil para criar consenso entre todos os estados-membros, evitam-se tensões nas sempre difíceis negociações ao nível da atribuição dos fundos comunitários e corresponde-se às expectativas da generalidade dos agentes envolvidos nestes processos de natureza negocial e política. Contudo, do ponto de vista operacional, tona-se difícil lidar de forma analítica e normativa com o conceito, surgindo, inclusive, interrogações sobre a capacidade de colocar este princípio na agenda política de cada estado-membro. Num período de particular importância para o espaço europeu, pautado pelas discussões em torno do novo quadro de programação financeira para o horizonte 2020, a política de coesão pode servir de estímulo a uma maior clarificação do que se entende por coesão territorial ou, dito de uma outra forma, de quais os caminhos a trilhar no sentido de se alcançar uma maior coesão territorial por via de atribuição dos fundos comunitários. É certo que a ideia de coesão territorial não resulta nem depende exclusivamente da política de coesão. Mas o facto de esta política comunitária atribuir uma importância acrescida à territorialização de políticas públicas para o período 2014-2020 constitui também um contexto de oportunidade para se balizarem e cimentarem as ideias que caracterizam o conceito em causa.

É precisamente no contexto deste debate que se insere esta tese: por um lado, realçando a importância do papel das políticas públicas no garante do acesso aos serviços de interesse geral e, por outro, destacando o papel que a dimensão territorial assume na formulação dessas mesmas políticas, cuja atenção tem sido marginal no âmbito do debate que se tem globalmente efetuado neste domínio. Mais especificamente, o argumento principal é o de que o contexto territorial, designadamente através do princípio de *coesão territorial*, qualifica (do ponto de vista da aquisição de informação e conhecimento) os processos de tomada de decisão política no que respeita à relação *equidade/eficiência*. Dito de outra forma, argumenta-se que na formulação de políticas públicas, mormente no que à provisão de serviços

de interesse geral concerne, o princípio de coesão territorial deve estar subjacente enquanto valor instrumental, introduzindo assim um outro tipo de racionalidade em relação aos outros princípios tipicamente presentes (justiça social e utilização racional de recursos) de forma a auxiliar a ponderação das decisões a tomar.

Com este argumento em mente procura-se, não só ultrapassar visões que encaram a formulação de políticas públicas numa ótica *a-territorial*, mas também considerar o princípio de coesão territorial enquanto valor instrumental para tomar decisões mais ponderadas e sustentadas, raciocínio que encontra eco, aliás, na ilustração feita por Faludi (2008:10) num dos vários textos que dedica à coesão territorial: “*A coesão territorial é um convite para uma dança e não a dança em si mesma*”. Esta conceção do princípio de coesão territorial provoca, desde logo, um efeito no que toca à seleção de certas questões que devem ser respondidas (e.g. qual o conteúdo efetivo e funcional do princípio de coesão territorial? Quais as dimensões analíticas em que este princípio se alicerça?) em detrimento de outras (e.g. o que é um território coeso?). Partindo desta premissa, reconhece-se, assim, a existência de uma relação interdependente das dimensões sociais e económicas com as do *espaço*, compreendendo, a título ilustrativo, a *duality of structure* de Guiddens (1984) ou mesmo a *societal space* de Lăpple (1991 *apud* Alish, 2011), em que a solução do ponto de vista das políticas públicas passa, não por revelar a configuração perfeita de um território coeso *stricto sensu*, mas antes por definir um processo de desenvolvimento baseado em estruturas sociais e económicas espacialmente contextualizadas e assente nas dimensões analíticas em que o princípio de coesão se fundamenta.

Debater deste modo a coesão territorial implica colocar em discussão o papel do Estado e das políticas públicas, o papel de outros atores (com ou sem fins lucrativos) e dos cidadãos em geral, as formas como se articulam entre si e os processos de tomada de decisão em contextos territoriais específicos e à luz dos requisitos da sociedade contemporânea. É, pois, nesta perspetiva que a adoção do princípio de coesão territorial pode constituir um referencial de particular interesse: imprimindo uma orientação estratégica capaz de respeitar a pluralidade de conceções e preferências, combatendo visões demasiado centralistas, sectoriais e *a-territoriais* e conferindo um sentido mais sustentado do ponto de vista da tomada de decisão política no que respeita aos serviços de interesse geral.

A discussão e a adoção do princípio de coesão territorial para os propósitos desta tese conduzem à necessidade de centrar a atenção num serviço de interesse geral em particular. São essencialmente duas as razões. Em primeiro lugar, porque embora estes serviços apresentem características comuns que os diferenciam de serviços/bens de outra natureza – como Van de Walle (2008:257) refere, “*The key argument in the debate about the performance of SGI [services of general interest] is about whether these public services are different from typical private services, and whether they should be considered as “of public interest” and thus essential*

to society, and therefore to be treated differently” – há particularidades que aconselham alguma cautela em tratar de igual forma este “*vasto leque de áreas*”, como sublinha a própria CE (CEC, 2003:10), “*desde certas actividades das grandes indústrias de redes (energia, serviços postais, transportes e telecomunicações) à saúde, educação e serviços sociais, comporta diferentes dimensões, desde o quadro europeu ou mesmo global ao nível puramente local e assume naturezas diversas, mercantis e não mercantis. A organização destes serviços varia consoante as tradições culturais, as condições históricas e geográficas de cada Estado-Membro e as características da actividade em questão, em especial o desenvolvimento tecnológico*”. Em segundo lugar, e em resultado da razão apontada, porque centrar a atenção num serviço permite construir um quadro concetual e normativo suficientemente robusto e preciso que, não só constitua um referencial de intervenção das políticas públicas e, simultaneamente, auxilie a análise empírica, como também sirva de antecâmara de debates alargados a outros serviços e, consequentemente, à construção de referenciais cognitivos e operacionais similares.

A linha condutora de investigação centra-se na saúde (em geral) e nos cuidados de saúde (em particular) como exemplo de um serviço que, dada a sua importância na sociedade, bem como os seus impactos sociais, económicos e territoriais, justifica uma atenção especial do Estado, mas que tem sido alvo de debate político e académico e de reorganização da sua estrutura na tentativa de diminuição dos custos associados, com repercussões do ponto de vista territorial. Esta temática cria, portanto, as condições necessárias para uma reflexão profunda sobre o papel das políticas públicas na provisão de serviços desta natureza, por um lado, e o modo como a dimensão territorial pode ser incluída nos processos de tomada de decisão sobre a afetação e a distribuição de recursos, por outro.

À semelhança de diversos estados-membros europeus, também em Portugal se tem observado uma discussão acesa em torno da problemática já aqui descrita. Diz Barros (2013) que a saúde surge regularmente no topo das principais preocupações expressas pelos portugueses no âmbito de inquéritos sobre o que consideram essencial. E, neste contexto, quando comparados com cidadãos de outras realidades internacionais, os portugueses são os que classificam pior o seu estado de saúde, uma insatisfação associada a uma atitude crítica em relação ao sistema nacional de saúde (em geral) e aos cuidados prestados no âmbito do serviço nacional de saúde (em particular), e que resulta *grossa modo* de uma dificuldade sentida no acesso aos cuidados, seja pelos custos, seja pelo tempo de deslocação e de espera, seja ainda pela distribuição territorial dos serviços. Ao exemplo acima referido para o caso português e noticiado pelos meios de comunicação social, pode acrescentar-se este, ainda mais recente, referente a Vaqueiros, uma pequena localidade do concelho de Santarém e que foi amplamente difundido por um dos principais canais televisivos nacionais: “*O encerramento de postos médicos no interior está a complicar a vida de muitos doentes. É o caso de uma mulher de Vaqueiros, que tem de empurrar a cadeira de rodas da filha deficiente pela estrada nacional durante 10 quilómetros para a levar ao centro de saúde mais próximo*” (RTP Notícias, 23-03-2014). Curiosamente, o próprio Ministro da Saúde, dias depois, quando

interpelado sobre esta questão, veio comunicar que esta situação em concreto iria ser resolvida com recurso a consultas ao domicílio. Independentemente da solução encontrada, é natural que se questione se este caso, como outros semelhantes, se resolveu por se ter tornado público e se a resposta adotada resulta da análise de um conjunto de critérios ou se é consequência de uma atitude tipo *caso a caso*.

É certo que estes episódios, como em muitas outras circunstâncias, podem ser pontuais e temporários, ainda assim preocupantes sobretudo por se tratar do domínio da saúde. Convém relembrar, porém, que no ano transato os presidentes das associações médicas e outras personalidades de Portugal e de três outros estados-membros subscreveram uma carta aberta endereçada aos dirigentes políticos e às autoridades de saúde da Europa invocando uma rápida inversão das políticas de austeridade para *“urgentemente evitar mais deterioração da saúde e dos serviços de saúde”*. Argumentos como a visível diminuição do acesso a serviços de saúde apropriados, a existência de condições de trabalho deficientes para profissionais de saúde e a diminuição das verbas necessárias para desempenhos adequados por parte dos serviços públicos ao mesmo tempo que aumentam as necessidades em saúde na comunidade, são aí apresentados como sinais de alerta para uma reflexão profunda sobre o rumo que as políticas de saúde devem tomar.

A estas preocupações associa-se um outro conjunto de argumentos também amplamente difundidos pelos meios de comunicação social e usados como justificação para algumas das orientações políticas em vigor: o sistema de saúde, tal como está, é insustentável e o Ministério da Saúde e, consequentemente, o serviço nacional de saúde não se podem escusar de contribuir para uma maior contenção da despesa pública dada a situação de défice existente. Embora a estas razões acresçam outras mais relacionadas com a procura de uma melhoria da qualidade da prestação de cuidados, medidas como a concentração de serviços de saúde, o encerramento de determinadas unidades ou o aumento das taxas moderadoras, para citar alguns exemplos, têm gerado bastante controvérsia e incompreensão, não só junto das populações, mas também entre os profissionais de saúde, no meio académico e no próprio círculo político.

Atendendo a este contexto – em que, por um lado, por motivos de contenção de gastos, a procura de eficiência ganha maior preponderância, e, por outro, dado o incremento das próprias expectativas dos cidadãos, a ideia de equidade é valorada –, é natural que em diversos processos de tomada de decisão haja alguma tensão entre estes dois princípios, questionando-se sobre quanto é que se deve sacrificar da equidade a favor da eficiência e vice-versa.

Na realidade, pouco se conhece sobre quais os princípios e os critérios que estão na base de decisões políticas no campo da saúde e qual o papel que o território aqui ocupa. É verdade que há estudos que vão procurando apresentar um quadro histórico-político das principais reformas ocorridas em determinados períodos temporais, descrevendo, em alguns casos com bastante pormenor, os propósitos, os processos e os resultados alcançados por via das orientações traçadas. Exemplos podem ser encontrados em Campos (2008), Barros et al (2011), Campos e Simões (2011) e Fernandes e Barros (2012). Também é verdade que outros estudos se têm debruçado sobre as implicações de determinadas reformas no domínio da saúde junto de determinados grupos sociais, como sejam os profissionais de saúde, por exemplo. Incluem-se aqui os trabalhos produzidos por Carvalho (2006) e Teixeira (2012) como referências neste campo. No entanto, ao contrário dos trabalhos acima mencionados, que sistematizam numa única obra informação que se encontra dispersa ou que mostram a visão do próprio autor dos acontecimentos com base, em muitos casos, na sua própria experiência, a lógica adotada nesta segunda tipologia de estudos assenta predominantemente na recolha de informação à luz do discurso de vários intervenientes. Um traço comum que marca a generalidade dos estudos apontados, porém, é a parca análise do papel da dimensão territorial nas políticas da saúde.

Ora, é no domínio científico da *geografia da saúde* que mais se tem observado um crescente número de trabalhos que reconhecem que o território faz a diferença quando o alvo de estudo é a saúde. Em Portugal, os trabalhos desenvolvidos por Santana (2005; 2007) constituem uma clara referência concetual e analítica neste campo. Contudo, em estudos deste âmbito, tende a estar ausente a análise da conceção política das orientações reformadoras e a perceção sociológica dos princípios e critérios subjacentes a essas mesmas orientações. Por que, como e em que circunstâncias a dimensão territorial é tida em conta na formulação de políticas de saúde? Quais os critérios usados? Será essa articulação saúde/território considerada de forma pontual ou sistemática?

Trata-se, portanto, de uma questão atual, necessária e urgente que importa debater em profundidade à luz dos pressupostos teóricos em que esta dissertação se baseia. Por isso mesmo, com esta investigação ambiciona-se compreender, por um lado, *se e como* a dimensão territorial é considerada na formulação de políticas de saúde e, por outro, de que forma a adoção do princípio de coesão territorial na formulação de políticas públicas introduz um outro tipo de racionalidade aos processos de tomada de decisão na afetação (ótica da eficiência) e distribuição (ótica da equidade) de recursos referentes aos cuidados de saúde. Tenta, assim, dar-se um contributo importante, não só do ponto de vista da aquisição de informação e geração de conhecimento teórico sobre a temática em questão, mas também ao nível das recomendações de apoio à formulação e tomada de decisões políticas que articulem os cuidados de saúde e a dimensão territorial (por intermédio do princípio de coesão territorial).

Abordagem metodológica

No ponto anterior explicitou-se a razão de ser da tese e a sua ambição. De uma forma simples, esta é uma tese que associa a dimensão territorial à formulação de políticas públicas no âmbito dos serviços de interesse geral. Numa perspetiva mais delimitada, por assim dizer, esta é uma tese que se centra no campo da saúde para, por um lado, perceber *se* e, em caso afirmativo, *como* o princípio de coesão territorial é considerado na formulação de políticas e, por outro, compreender o efeito que a adoção deste princípio poderá ter no seio dessas políticas.

A prossecução do argumento da tese implicou a adoção de duas abordagens distintas. A primeira, de natureza teórica, de sistematização e revisão bibliográfica, centrou-se em três grandes temas: serviços de interesse geral, saúde (com particular ênfase nos cuidados de saúde) e coesão territorial. O contexto analítico teórico, que inclui o desenvolvimento de um quadro concetual de referência, constitui assim a primeira fase da tese, embora, do ponto de vista temporal, se tenha efetuado o seu revisitar constante, alterando, ajustando e atualizando sempre que necessário o seu conteúdo.

A segunda abordagem é dedicada ao estudo empírico, cujo desenho do esquema de investigação e o seu desenvolvimento, devidamente cruzados com o quadro concetual analítico construído na fase teórica da dissertação, procuraram sustentar e aferir se os processos e os critérios que estão na base das decisões tomadas no âmbito das políticas da saúde (em geral) e dos cuidados de saúde (em particular) levam em consideração a dimensão territorial.

Por se tratar de um tópico de interesse cujo conhecimento ainda se encontra numa fase embrionária e constituindo a preocupação central em perceber os processos de tomada de decisão, confrontando-se as lógicas e racionalidades de quem toma e implementa as decisões com o modelo teórico de referência anteriormente produzido, optou-se por uma metodologia de abordagem essencialmente qualitativa, baseada na realização de entrevistas semiestruturadas conduzidas presencialmente a um conjunto de atores-chave da esfera da decisão pública no domínio da saúde, para se compreender com profundidade o fenómeno em discussão. Mais concretamente, a condução desta vertente empírica teve por base três questões de investigação operacionais:

- Em que medida os princípios e critérios utilizados na formulação de políticas de cuidados de saúde (níveis de decisão nacional e regional) consideram a dimensão territorial?
- Qual a sensibilidade dos decisores face à relação cuidados de saúde/território nos processos de tomada de decisão?
- Como se encontram as dimensões integrantes do princípio de coesão territorial a ser observadas na formulação de políticas de cuidados de saúde?

Esta organização metodológica foi complementada com uma análise de conteúdo documental, designadamente de instrumentos programáticos das políticas de saúde. Instrumentos que se, por um lado, influenciam processos de tomada de decisão, por outro, são também fruto das prioridades definidas pelos decisores políticos. A condução desta análise teve por base as seguintes questões de investigação operacionais:

- Como se encontra a dimensão territorial refletida nos instrumentos programáticos das políticas de saúde?
- De que forma o conteúdo desses instrumentos reflete os princípios e critérios definidos pelos decisores políticos?

Efetuada a compreensão global dos processos de tomada de decisão em saúde e aferida a sua relação com a dimensão territorial junto do público-alvo mencionado, por um lado, e analisados os instrumentos programáticos, por outro, procurou igualmente aprofundar-se o conhecimento sobre contextos territorialmente mais específicos e, conseqüentemente, direcionar-se o foco analítico para espaços geograficamente balizados. A metodologia de investigação adotada foi a de *estudo de caso*, abordagem rica do ponto de vista da profundidade da informação a recolher e útil para promover a compreensão de inter-relações complexas cujos contornos conceituais e contextuais não se encontram ainda bem definidos. Optou-se por incidir o estudo em duas sub-regiões NUTS III da Região Centro: Baixo Vouga e Beira Interior Sul. Localizadas no litoral e no interior português, respetivamente, estes espaços territoriais, embora polarizados por cidades de média dimensão (Aveiro e Castelo Branco) e apresentando áreas de influência de prestadores de cuidados com valências semelhantes, abarcam dinamismos demográficos e económicos contrastantes. Com o propósito de conhecer, compreender, descrever e interpretar a relação entre os processos de tomada de decisão em saúde e a dimensão territorial, a orientação metodológica do fenómeno em estudo segue o mesmo percurso analítico acima descrito para o panorama geral do contexto português. Neste contexto, as entrevistas centraram-se em procurar resposta para as seguintes questões:

- Em que medida os princípios e critérios primordiais utilizados na formulação e implementação de políticas de cuidados de saúde ao nível de maior proximidade local consideram a dimensão territorial?
- Qual a sensibilidade dos atores locais e regionais face à relação cuidados de saúde/território nos processos de tomada de decisão?
- Como se processam os mecanismos de relação interinstitucional nestas sub-regiões em torno do domínio da saúde?

A metodologia proposta permite, assim, aferir *se* e, em caso afirmativo, *como* a dimensão territorial é considerada nos processos de tomada de decisão no domínio da saúde, quer ao nível decisório macro, quer nos contextos territoriais específicos acima identificados. Na verdade, pouco se sabe sobre como as decisões no âmbito das políticas de saúde são tomadas, quais os princípios e os critérios adotados e qual o papel que a dimensão territorial adquire neste contexto. Os (poucos) estudos existentes que procuram verificar a relação entre as políticas da saúde com o ordenamento do território apontam para a ausência da articulação biunívoca desejada, pelo que esta abordagem permite também questionar a forma como estas políticas têm sido formuladas e traçar um caminho, ainda que exploratório, sobre como ultrapassar alguns dos obstáculos existentes.

Estrutura da dissertação

A organização da dissertação contempla três partes distintas: as duas primeiras de contextualização teórica e de formulação de um quadro concetual de referência e a terceira correspondente ao trabalho empírico.

Alicerçada em dois capítulos, a primeira parte centra-se na discussão dos temas que constituem o ponto de partida do trabalho de investigação: os serviços de interesse geral, a coesão territorial e a formulação de políticas públicas em seu torno. Assim sendo, no primeiro capítulo, procura fazer-se um enquadramento dos serviços de interesse geral no duplo ponto de vista concetual e de formulação de políticas públicas. Com base em bibliografia essencialmente dos domínios das ciências políticas e económicas e nos textos publicados no quadro da CE, a discussão terá como ponto de partida uma descrição cronológica do surgimento desta designação, procurando colocar a alteração de designação de *serviço público* para *serviço de interesse geral* no quadro de uma transformação mais vasta da sociedade e cuja trajetória é importante para uma compreensão situada do conceito *formal* que resulta da visão da CE neste campo. Fica, com este capítulo, a perceber-se que se trata de um debate ainda em aberto e que decorre, em grande medida, de uma discussão mais alargada sobre o papel do Estado e das políticas públicas. Já o segundo capítulo centra-se nos processos de formulação de políticas públicas e nos princípios que lhe estão subjacentes. Partindo dos princípios de justiça social (na ótica da equidade distributiva) e da utilização *racional* de recursos (ótica da eficiência na afetação), neste capítulo justifica-se a importância da adoção do princípio de coesão territorial na formulação de políticas públicas e avança-se com uma interpretação processual do seu conceito. Constrói-se, deste modo, um referencial de intervenção de políticas públicas que serve de base para a identificação e seleção de critérios de intervenção para os serviços de interesse geral, a ser especificado na segunda parte para o caso concreto dos cuidados de saúde.

Integrando também dois capítulos, a segunda parte centra-se no campo da saúde (em geral) e dos cuidados de saúde (em particular) e na sua articulação com a dimensão territorial, servindo, por isso, de referência central para a elaboração da componente empírica da investigação. Na verdade, o alinhamento destes dois capítulos segue, propositadamente, de perto a estrutura da primeira parte, efetuando-se a transição da contextualização teórica efetuada sobre a generalidade dos serviços de interesse geral para o caso concreto da saúde, primeiro, e relacionando as ideias acima identificadas de equidade e eficiência com o princípio de coesão territorial também para o domínio da saúde (em geral) e dos cuidados de saúde (em particular), depois. Com base no racional argumentativo apresentado, alia-se a matriz formulada no final da primeira parte à especificidade da temática agora em discussão, criando-se um referencial de intervenção de políticas públicas que serve igualmente de base à análise a efetuar na vertente prática da investigação.

Já exclusivamente centrada no contexto português, a terceira parte é dedicada à componente empírica da investigação. Por abranger o que poderá designar-se, de forma simples, por três grupos objeto de estudo (decisores de políticas de saúde, instrumentos programáticos de políticas de saúde e atores regionais e locais pertencentes aos casos em estudo da Região Centro) e por cada um destes grupos ser observado à luz de várias dimensões analíticas, decorrentes do quadro concetual de referência antes desenhado, esta parte é forçosa e propositadamente mais longa que as duas partes teóricas. Subdividido em seis capítulos, no primeiro enquadra-se o propósito do percurso investigativo empírico e analisam-se as especificidades do contexto do sistema nacional de saúde de forma, não só a compreender-se a orgânica do nosso sistema e as principais reformas encetadas ao nível das políticas de saúde (permitindo situar a sua evolução nos contextos de governação/gestão pública descritos no percurso teórico), mas também a tornar as observações efetuadas nos capítulos subsequentes mais legíveis e compreensíveis. No segundo capítulo, explicitam-se as opções metodológicas que presidiram à prossecução dos objetivos delineados nesta investigação. Os capítulos três, quatro e cinco dizem respeito à caracterização, à análise e à discussão de cada um dos referidos objetos de estudo. Finalmente, no sexto capítulo, é efetuada uma leitura crítica, conjunta e de síntese dos resultados obtidos à luz do quadro concetual de referência.

A dissertação termina com um último capítulo, de reflexão final, no qual se sintetizam as principais conclusões alcançadas e se apontam os contributos inovadores que decorrem do trabalho produzido para o debate teórico e prático que a comunidade científica tem conduzido. Considerando este percurso investigativo como uma etapa que deverá ser incrementada em estudos posteriores, são, por fim, formuladas questões mais concretas que podem contribuir para uma agenda de investigação futura no âmbito da relação *serviços de interesse geral e coesão territorial*.

Parte I

SERVIÇOS DE INTERESSE GERAL E
COESÃO TERRITORIAL:

CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

Capítulo 1

SERVIÇOS DE INTERESSE GERAL E POLÍTICAS PÚBLICAS: ENQUADRAMENTO

1.1. Introdução ao conceito: uma leitura a partir de documentos programáticos da UE

A temática dos serviços públicos ou, utilizando uma expressão mais recente, dos *serviços de interesse geral* (SIG) tem suscitado um interesse crescente, quer no meio académico (ver, entre outros, Prosser, 2005; Marques, 2005; Louis e Rodrigues, 2006; Rott, 2007; Vael et al., 2008), quer por parte da Comissão Europeia (CE) e dos diversos estados-membros (CEC, 2001; 2003; 2004; 2006; 2010). O ponto de partida é que estes serviços constituem o principal pilar do Modelo Social Europeu, sendo considerados fator de coesão económica, social e territorial, contribuindo de igual modo para alcançar os objetivos traçados no âmbito da *Estratégia de Lisboa* (2000) e, mais recentemente, na *Estratégia Europa 2020* (2010) no que respeita à promoção da competitividade.

Embora formalmente o termo SIG comece a surgir em textos oficiais da UE antes da transição do século – designadamente com o *Tratado de Amesterdão*, em 1997, através do art.º 16º e com a *Carta dos Direitos Fundamentais* de Nice, em 2000, no seu art.º 36^{o1} –, é em 2003 com o lançamento do *Livro Verde dos Serviços de Interesse Geral* e um ano mais tarde com a publicação do *Livro Branco* que é apresentada uma definição comunitária de SIG, bem como as principais características do seu conteúdo e as ideias-chave que justificam a importância destes serviços para o desenvolvimento social e económico dos territórios. Por exemplo, sobre a importância destes serviços, o Livro Verde (2003:3) refere: “São parte dos valores partilhados por todas as sociedades europeias e constituem um elemento essencial do modelo europeu de sociedade. O seu papel é essencial para garantir maior qualidade de vida para todos os cidadãos e ultrapassar os problemas da exclusão social e do isolamento. (...) a sua eficácia e qualidade constituem um factor essencial de competitividade e coesão acrescida, em especial para atrair investimento para as regiões menos favorecidas. (...) constituem um pilar da cidadania europeia, consubstanciando alguns dos direitos dos cidadãos europeus e proporcionando oportunidades de diálogo com as autoridades públicas no contexto de uma boa governança. (...) a garantia de serviços de

¹ Se bem que, em bom rigor, em ambos os casos a expressão utilizada seja *Serviços Económicos de Interesse Geral*.

interesse geral eficazes e com elevada qualidade (...) [é essencial] para facilitar a integração, aumentar o bem-estar dos cidadãos e ajudar os indivíduos a fazer pleno uso dos seus direitos fundamentais". Já no que respeita ao conceito que atribuem aos SIG, observa-se no mesmo texto oficial alguma prudência por parte da CE, quer por força das competências que os estados-membros têm na definição das atividades que traduzem o exercício destes serviços (ao abrigo do princípio da subsidiariedade), quer por motivos de negociação e aceitação por parte de cada estado-membro (CEC, 2003:10): *"A realidade dos serviços de interesse geral, que inclui serviços económicos e não económicos (de interesse geral), é complexa e está em constante evolução. Abrange um vasto leque de áreas, desde certas actividades das grandes indústrias de redes (energia, serviços postais, transportes e telecomunicações) à saúde, educação e serviços sociais, comporta diferentes dimensões, desde o quadro europeu ou mesmo global ao nível puramente local e assume naturezas diversas, mercantis e não mercantis. A organização destes serviços varia consoante as tradições culturais, as condições históricas e geográficas de cada Estado-Membro e as características da actividade em questão, em especial o desenvolvimento tecnológico".*

Ao carácter generalista do conceito alia-se a subdivisão destes serviços em dois tipos: os de natureza económica e os de natureza não económica. De uma forma geral, os *serviços económicos de interesse geral* (SIEG) distinguem-se dos segundos por serem considerados aqueles que satisfazem necessidades básicas de natureza económica e que, por isso mesmo, devem obedecer às regras do mercado interno e às regras de concorrência estabelecidas no Tratado da União Europeia. O principal critério que determina se um serviço deve ser considerado atividade económica de acordo com as regras do mercado interno (livre circulação de serviços e liberdade de estabelecimento) é o ser prestado contra pagamento (CEC, 2003). Incluem-se aqui sobretudo certos serviços facultados pelas grandes indústrias de redes, como os transportes, os serviços postais, a energia e as comunicações.

Dada a ambiguidade que ficou patente, principalmente no que respeita aos serviços de natureza não económica, e ao reconhecimento, quer do facto de estes serviços apresentarem especificidades em termos de público-alvo e de financiamento (distinguindo-se, por isso mesmo, dos serviços ditos mais tradicionais), quer da *"incapacidade do mercado de satisfazer determinados requisitos em matéria de serviços sociais"* (PE, 2007:6), em 2006 surge um conceito específico para as áreas sociais: os *serviços sociais de interesse geral* (SSIG). Formalizados em texto oficial da CE (CEC, 2006), estes são referenciados enquanto serviços que desempenham um papel especial no modelo europeu de sociedade, cobrindo, nomeadamente, os serviços de saúde, os cuidados de longa duração, a segurança social, os serviços do emprego e a habitação social. No período subsequente ao lançamento do texto oficial sobre o SSIG iniciou-se um debate público com o intuito de esclarecer o entendimento em torno destes diferentes serviços debaixo do termo SIG. Sublinhe-se, a este propósito, a realização do *1º Fórum dos Serviços Sociais de Interesse Geral* para apresentação dos resultados do processo de consulta, em Setembro de 2007, em Lisboa, no âmbito da Presidência Portuguesa da UE, muito felicitado por diversas instituições europeias, até pelo

facto simbólico de se realizar no mesmo local que a Estratégia de Lisboa, de um cariz reconhecidamente muito mais voltado para as questões económicas². Deste processo resultou mais uma comunicação da CE (CEC, 2007) sobre os SIG, designadamente os SSIG enquanto novo compromisso europeu.

Todo este debate em torno dos SIG conduziu à sua inclusão em diversos documentos programáticos da UE, seja associados a áreas distintas como o Ordenamento do Território (realçando a sua importância enquanto fator chave para a obtenção da coesão territorial), seja no âmbito da Política de Coesão (bem patente no *5º Relatório sobre a coesão económica, social e territorial*, CEC, 2010), seja ainda no próprio Tratado de Lisboa (2009), enquanto protocolo a ele anexo. Neste último, a novidade consubstancia-se sobretudo na particularidade de introduzir, pela primeira vez, a noção de serviços de interesse geral não económico, diferente dos anteriores tratados que apenas referiam os SIEG.

Apesar de tudo, o caminho percorrido até ao momento não se tem revelado esclarecedor quanto ao tipo, às características ou critérios comuns e diferenciadores, à forma de prestação e ao modo de financiamento dos SIG, revelando a ausência de uma teoria de base por detrás que explique cientificamente o seu conceito e sustente solidamente os processos de tomada de decisão. Por outro lado, é possível verificar que se está na presença de um conceito em evolução: em primeiro lugar, o próprio Livro Verde avança com esse argumento (em função da evolução tecnológica, económica e social) para justificar o facto de não apresentar uma listagem de serviços económicos e não económicos; em segundo lugar, se os primeiros textos da CE refletiam o facto de os serviços serem prestados pelo sector público e, consequentemente, sublinhavam a necessidade de estimular a competição, já os mais recentes procuram realçar os valores não económicos dos serviços e o seu papel na esfera social da Europa (Van de Walle, 2008); em terceiro lugar, a própria nomenclatura sofreu uma alteração na década de 1990, ao passar de *serviço público* para *serviço de interesse geral*. Aliás, o próprio Livro Verde dos SIG é relutante em reconhecer o conceito de serviço público, rejeitando-o por ser menos preciso que os conceitos de SIG e SIEG e por suscitar alguma confusão entre o termo *serviço público* e o termo *sector público*.

Na verdade, a transposição de nomenclatura significou mais que uma simples mudança de nome, já que a alteração foi acompanhada por uma série de novas políticas relacionadas com a ideia de liberalização dos serviços e a abertura dos mercados. E, neste sentido, a ideia que se quer trespassar é que as políticas querem-se neutras em relação à gestão ou domínio dos serviços (público ou privado), passando a abordagem a ser centrada no serviço e no cidadão (na medida em que este tem o direito à oferta de certos serviços e bens, independentemente dos fornecedores serem públicos ou privados).

² Para um aprofundamento desta questão, consultar Krsikova (2007).

Esta ideia de mudança ou evolução é também visível em diversos estudos que se têm vindo a realizar sobre a temática, designadamente na investigação produzida pelo Centro Europeu de Empresas de Serviços de Interesse Geral (CEEP), patente inclusive no título de vários relatórios, como por exemplo *Anticipation of change in public services: CEEP political report* (2010) e *Anticipation of change in public services: experts report* (2010).

No âmago destas alterações encontra-se a discussão em torno do interesse geral/coletivo e o papel do Estado. O comentário de Van de Walle (2008:25-26) sobre esta questão revela-se esclarecedor: *“This is not only a discussion about whether certain SGIs are really of general interest (...) First and foremost this is a discussion about the role of the state in society”*. Uma discussão que envolve o seu dimensionamento, bem como a natureza e a abrangência das suas intervenções. Um debate que inclui, também, as suas relações com os diferentes agentes sociais e económicos. Deste modo, importa efetuar uma breve incursão teórica sobre a história da governação/gestão pública, na medida em que se têm verificado diversas reformas (profundas) no sector público com consequências para a prestação dos respetivos serviços de *interesse geral*.

1.2. Serviços de Interesse Geral, Estado e Gestão Pública: breve incursão histórica

No debate efetuado no ponto anterior, argumentou-se que para uma melhor percepção do que significou esta transição de *serviço público* para *serviço de interesse geral*, e consequentemente para aprofundar-se o próprio conceito em causa, importa conhecer os contextos mais gerais do ponto de vista da formulação de políticas públicas, designadamente no que respeita ao papel de intervenção do Estado na sociedade (em geral) e nesses serviços (em particular).

A definição de políticas públicas neste âmbito e a respetiva provisão de serviços não surgem, contudo, num vazio, mas num determinado contexto histórico, pelo que só tendo por referência este percurso é que será possível entender este quadro de alterações. Note-se que esta questão não é nova; aliás, é um tema em que o debate académico e político há muito se tem centrado: “*What should governments do? forms perhaps the oldest continuous debate in political philosophy, even if the debate over the economic role of government is more recente*” (Hughes, 2003:83). É preciso, também, ter consciência que o percurso histórico difere de contexto para contexto, de acordo com a escola de pensamento, que por sua vez influencia as políticas públicas adotadas em cada país. Apesar de tudo, é possível traçar-se um quadro de fatores marcantes comuns no âmbito da governação/gestão pública, que serão aqui sucintamente distinguidos em quatro fases³ de desenvolvimento dos serviços, que correspondem a outras tantas formas de organização e intervenção do Estado. Note-se que as transições entre cada fase não são automáticas, nem tão pouco implicam o *apagar* do que existe; aliás, o modelo (híbrido) que atualmente tende a imperar faz coexistir elementos dos principais paradigmas – intervenção, gestão e integração – evitando o domínio específico de uma em particular (Deem et al., 2007).

1.2.1. Período prévio ao Estado Providência

O final do séc. XIX é caracterizado pelo período que alguns autores (consultar, por exemplo, Osborne e McLaughlin, 2002; Carvalho, 2006) apelidam de *Estado Mínimo*, em que a intervenção do Estado na sociedade é vista como um *mal necessário*: a prestação de serviços escassa, caracterizando-se pela sua política de *laissez-faire*, ficando a prestação da maioria dos serviços públicos a cargo de instituições privadas e de caridade. Poderá argumentar-se que a atuação do Estado segue, de certa forma, a lógica dos *deveres do estado* (*duties of the sovereign*) de Adam Smith (2003:179): “*First, the duty of protecting the society from violence and invasion of other independent societies; secondly, the duty of protecting, as far as possible, every member of the society from the injustice or oppression of every other member of it, or the duty of establishing an exact administration of justice; and, thirdly, the duty of erecting and maintaining certain public works and certain public*

³ Por motivos de simplificação, a primeira fase centrar-se-á no período prévio ao Estado Providência, iniciando-se aqui a sua caracterização, de forma muito sucinta, a partir do final do séc. XIX.

institutions, which it can never be for the interest of any individual, or small number of individuals, to erect and maintain; because the profit would never repay the expense to any individual or small number of individuals, though it may frequently do much more than repay it to a great society”.

Já no início do séc. XX, verifica-se uma substituição ideológica que se traduz no princípio de que deve caber ao Estado o papel legítimo de providenciar pelo menos alguns serviços públicos, como por exemplo o saneamento e o abastecimento de águas. Esta postura resulta, em grande medida, de uma maior perceção dos problemas então existentes ao nível da saúde pública, com a aprovação de sucessivas medidas legislativas visando corrigir e melhorar as condições de natureza higiénica e sanitária (Cutler e Miller, 2005; Viegas et al, 2006). Estende-se, portanto, o papel de intervenção do Estado na sociedade. Contudo, e na medida em que se reconhece que o Estado nem sempre tem capacidade para intervir amplamente nestes domínios, este passa a estabelecer parcerias com as instituições privadas e de caridade (embora o *parceiro sénior* da parceria seja, por norma, o Estado). É por este motivo que autores como Osborne e McLaughlin (2002) e Carvalho (2006) designam esta fase por *Parceria Desigual*.

Embora a intervenção do Estado ainda não se verifique cabalmente e de uma forma generalizada em vários serviços, é neste início de século que este começa a assumir-se como prestador e a tomar a seu cargo o exercício de determinadas atividades consideradas, por assim dizer, de *interesse geral*. Reconhece-se, portanto, que a satisfação de necessidades coletivas não pode ficar na disponibilidade de particulares, devendo ser desenvolvidas de forma diferente daquela que resulta da livre iniciativa privada (CES, 2006).

1.2.2. Estado Providência

O período pós 2ª Guerra Mundial acarreta inúmeras modificações no papel do Estado na sociedade. Definitivamente, a intervenção do Estado já não se limita a responder a problemas pontuais. Há a convicção de que deve ser o Estado a garantir as respostas para todas as necessidades dos cidadãos, não só para permitir a reconstrução do Estado-nação do ponto de vista económico, mas também pela necessidade de se envolver na gestão de conflitos e concertações entre classes e grupos sociais de forma a minimizar as desigualdades existentes (Carvalho, 2006). Este consenso generalizado em torno do papel do Estado deve-se, por um lado, à influência do pensamento *Keynesiano* (como resposta à Grande Depressão de 1929) de que as despesas públicas deveriam ser interpretadas como um investimento coletivo – “*from the 1930s, the economic theories of Keynes appeared to allow a major role for government in stabilizing the economy and ameliorating social ills*” (Hughes, 2003: 86) – e, por outro, à ideia de que o desenvolvimento económico só surge se houver paz e coesão social, algo fundamental num

contexto de pós-guerra. Neste período de intervenção direta do Estado na sociedade (designado *Estado Providência* ou *de bem-estar*), assiste-se a uma vaga de nacionalizações em vários países nos mais diversos sectores de atividade, bem como à crescente contratação de colaboradores públicos e, ainda, à formalização de tarefas (Silvestre, 2009).

A construção organizacional do Estado Providência foi sendo estruturada através de dois modos de coordenação (Clarke, 1996): a administração burocrática e o profissionalismo. Ambos incorporavam a procura de um tratamento justo e uniforme, um serviço desinteressado (porque sustentado no conhecimento especializado), modos de coordenação baseados numa autoridade hierárquica e uma relação específica com os utentes, que Deem et al. (2007:8) caracterizam da seguinte forma: “*The model of the ‘service user’ most appropriate to corporatist Managerialism was that of a relatively passive and ill-informed client who lacked the knowledge and expertise necessary to develop an informed judgement of what they needed and how they needed it to be provided*”. Refira-se que esta construção organizacional em muito se baseia no trabalho desenvolvido por Max Weber, associando a “*emergência da burocracia ao domínio do conhecimento especializado e, por esta via, à afirmação do poder de profissionais nas várias áreas de intervenção do Estado*” (Carvalho, 2006:15). E, neste sentido, a administração burocrática é, não só *racional*, porque o controlo é exercido com base no conhecimento científico e técnico, mas também *impessoal*, dado que assegura que o mesmo tipo de resposta surja perante situações idênticas, garantindo, assim, a igualdade de tratamento.

Mas não era só o facto deste *modus operandi* organizacional poder responder melhor aos desafios socioeconómicos existentes que justificava uma intervenção do Estado na sociedade. Também a procura da correção de *falhas do mercado* – uma designação que, de uma forma geral, abarca todo o tipo de perdas de eficiência consequentes do funcionamento espontâneo do mercado – constituía a base de sustentação do Estado Providência. Incluem-se aqui os *monopólios*, os *bens públicos*, as *externalidades* ou a existência de *informação assimétrica* enquanto principais causas da ocorrência de tais falhas (consultar, por exemplo, Johansson, 1991; Samuelson e Nordhaus, 2001; Araújo, 2002).

No que respeita aos *monopólios*, a *falha* reside no facto de que, com uma única entidade a fornecer um produto (ou prestar o serviço) num determinado mercado, esta pode colocar o preço do seu produto acima do seu custo de produção, o que restringirá a procura. Dependendo da restrição da elasticidade da procura, quanto mais rígida for a procura maior a possibilidade de se fornecer o produto ou serviço acima do preço de concorrência perfeita. Portanto, os consumidores adquirem menos desses bens do que numa situação de concorrência perfeita, pelo que se reduz o seu grau de satisfação. Uma outra questão inerente à existência de mercados monopolistas está relacionada com a diferenciação do produto, ou seja, o facto de cada bem ser quase um substituto imperfeito dos bens rivais (Samuelson e Nordhaus, 2001). Em certos casos, porém, o consumidor poderá não obter a quantidade desejada do

bem se este estiver a um preço mais elevado do que o comportável para ele. Na eventual impossibilidade de aquisição do bem pretendido, os consumidores tendencialmente procuram os denominados bens sucedâneos. Todavia, a qualidade destes, muitas vezes, não é a desejável, pelo que o consumidor acaba por não optar pela solução que seria a mais indicada.

Quando determinados bens/serviços apresentam as características de *não rivalidade* (em que o seu consumo por parte de alguém não impede os outros de igualmente o consumir) e *não exclusividade* (quando as pessoas não podem ser excluídas do seu consumo), significando que, contrariamente ao que acontece com os bens privados (em que a sua propriedade pode ser transferida ou negada mediante condições, como seja através da cobrança de um preço), dificilmente o mercado consegue colocar de forma eficiente um preço nesses bens. Está-se, portanto, na presença dos denominados *bens públicos*⁴. Os casos clássicos referidos na bibliografia correspondem à defesa nacional, ao ar puro e ao farol. Por exemplo, não posso ser excluído de partilhar dos benefícios de defesa nacional (apesar dos problemas associados ao *free-riding*, ou seja, não pagar a minha parte dos custos), nem o meu uso desse serviço exclui outros de o usufruírem. Como referem Samuelson & Nordhaus (2001:361), “*não importa que seja falcão ou pomba, pacifista ou militarista, velho ou novo, ignorante ou letrado – cada um e todos recebem a mesma quantidade de segurança nacional das forças armadas*”. Quanto ao exemplo do farol, do ponto de vista da não-rivalidade, o seu uso por cada navio adicional, não só não acrescenta custos à sua manutenção, como também não reduz a capacidade de um outro navio nas proximidades usufruir dele. Quanto à sua não-exclusividade, seria difícil (senão impossível) cobrar um determinado valor aos navios em virtude dos benefícios que adquirem neste âmbito. Dadas estas características, contrariamente ao que acontece com os bens privados (em que a sua propriedade pode ser transferida ou negada mediante condições, como seja através da cobrança de um preço), o mercado não pode colocar de forma eficiente um preço nos bens públicos. E, por isso, “*they are often classified as market failures and as justified cases for government intervention. Thus the textbook definitions return to the market-state issue: the provision of private goods is assigned to the market, and public goods to the state*” (Kaul & Mendoza, 2003:80).

Importa, ainda, mencionar que há certos bens que, embora não sendo considerados bens públicos puros, apresentam uma das suas características e que, por isso mesmo, se deve ponderar a intervenção pública: os *bens de clube* e os *bens comuns* (OMS, 2002; Castro e Santinha, 2013). Exemplos de bens não rivais mas exclusivos (*bens de clube*) incluem as pontes ou determinadas vias de comunicação, cujo acesso pode ser impedido a determinados utilizadores, mas o seu uso não impede (pelo menos não significativamente) a sua utilização por parte de outros indivíduos. Nestes casos, o custo marginal de

⁴ Refira-se que, embora a bibliografia sobre bens públicos seja extensa e diversa, adota-se tradicionalmente uma definição ancorada nos pressupostos da não rivalidade e não exclusividade (ver, por exemplo, Stiglitz, 1999; 2000; Samuelson & Nordhaus, 2001).

fornecer mais um bem é reduzido, pelo que, em geral, é economicamente mais eficiente a existência de um só fornecedor (caso contrário o seu custo seria bem mais elevado do que o já estabelecido). Mas aqui poderemos estar na presença de um *monopólio natural*. Já as águas de pequenos rios para uso agrícola ou pesca constituem um bom exemplo de bens rivais mas não exclusivos (*bens comuns*), na medida em que, embora todos possam usufruir do bem, a sua utilização por parte de uma pessoa diminui (ou pode restringir) a disponibilidade do bem para outros. Neste caso, pode estar-se perante um excesso de procura do bem, originando o que Garrett Hardin, no ensaio *The Tragedy of the Commons* (1968), designou por *A Tragédia dos Comuns*. Chamando a atenção para o resultado trágico que poderia ocorrer se os terrenos baldios (exemplo que mencionou no seu trabalho) fossem excessivamente utilizados pelo gado bovino, Hardin advoga que a liberdade no uso dos baldios pode constituir a ruína de todos. Repare-se, ainda, que a atividade (pesca, agricultura ou pastoreio para os casos citados) exercida sobre o bem (água de rios ou baldios) impõe consequências (custos) sobre as outras pessoas que desejam usufruir do bem, o que se designa por *externalidade*.

As *externalidades* ocorrem quando as empresas ou os indivíduos impõem custos ou benefícios a outros que se situam fora do mercado, o que significa que não são incluídos nos preços todos os efeitos colaterais da produção ou do consumo (Samuelson & Nordhaus, 2001). É por esta razão que alguns autores as apelidam como *neighbourbooh effects* ou mesmo *third-party effects* (Castro e Santinha, 2013). Poderá dizer-se que foi Pigou um dos precursores a analisar esta problemática na sua obra *The Economics of Welfare*, em 1920, chamando a atenção para os casos em que existem externalidades num equilíbrio geral. Os exemplos mais focados na literatura são a poluição do ar e da água provocadas pelas empresas ou o fumo de tabaco lançado pelo fumador. Neste caso estamos perante *externalidades negativas*. Mas nem todas as externalidades são prejudiciais. Algumas podem ser benéficas (*positivas*), como atividades produtoras de conhecimento ou educação (já que os membros de uma sociedade, e não somente os estudantes, auferem os vários benefícios gerados pela existência de uma população mais educada) ou programas de saúde pública (em que os planos de vacinação protegem igualmente os não vacinados). Também as tecnologias de informação e comunicação (TIC) podem constituir um bom exemplo, desta feita associadas ao conceito de *externalidades de rede*. Inicialmente desenvolvido na década de 1980 e ligado à competição tecnológica (Katz e Shapiro, 1985), este conceito baseia-se na ideia de que o ato de se associar a uma rede confere um benefício acrescido a todos os participantes da rede (Varian, 1996). Por outras palavras, o número e as relações sociais existentes entre os agentes geram externalidades que induzem o aumento de satisfação do consumidor, a diminuição do custo marginal ou o aumento da capacidade tecnológica das empresas ou produtos (Vicente, 2003). Atente-se ao seguinte exemplo: a satisfação dos utilizadores de telefones, por exemplo, aumenta de acordo com o número de agentes ligados à rede, em virtude da possibilidade dos utilizadores estabelecerem comunicações, quer por razões pessoais, quer profissionais, também aumentar. Acresce que o aumento

do número de utilizadores numa determinada rede pode induzir o aumento do valor dos bens que permitem o acesso desses utilizadores à rede. A este fenómeno designa-se por *efeito de retorno positivo* (Page e Lopakta, 1997). Refira-se, ainda, que as externalidades de rede estão relacionadas, quer com a adoção tecnológica, quer com a estrutura de mercado. Se o valor de um determinado bem cresce com o seu uso, então esse bem tende a ser favorecido em detrimento de outros (a adoção de tecnologia impõe *standards* que são difíceis de alterar, dados os custos que essa mudança implicaria). Típicos exemplos focados na literatura são os casos do *QWERTY* e do *VHS*, prevalecendo, respetivamente, sobre o teclado *Dvorak* e o sistema *BETA*, alegadamente superiores. Estes casos servem também para evidenciar como a estrutura de mercado se pode alterar para um modelo de concorrência monopolística – exemplo de falha de mercado já referido. De facto, a existência de externalidades de rede pode apresentar consequências para qualquer tipo de produto ou serviço que queira entrar num determinado mercado onde prevaleça o modelo de concorrência monopolística. Veja-se novamente o exemplo dos telefones de rede fixa. Sem qualquer tipo de auxílio, é extremamente difícil para qualquer novo operador poder arrancar com um determinado serviço novo, tal as economias de escala existentes por parte do operador incumbente. Se o serviço consegue arrancar sem auxílio, o mais provável é que arranque de forma limitada ou tardiamente.

Por fim, sublinhe-se a *assimetria de informação* enquanto uma das principais causas da ocorrência de falhas de mercado. Esta situação verifica-se quando um dos agentes numa determinada transação dispõe de informação crucial que o outro não tem, o que proporciona uma desvantagem óbvia para um dos lados, podendo, conseqüentemente, conduzir a abusos por parte dos produtores (ou entidades gestoras) e induzir a seleção contrária à desejável, em que os produtos (ou serviços) de baixa qualidade se podem sobrepor aos de boa qualidade. Procurando especificar um pouco mais, repare-se que hoje em dia muitos são os produtos (ou serviços) à disposição dos consumidores, com os mais variados usos e que sofrem variações constantes. Esta variabilidade torna-lhes difícil a escolha, na medida em que possuem informação limitada ao nível da fiabilidade dos bens ou do desempenho e resultado dos serviços, para escolherem os produtos (ou serviços) de melhor qualidade. Tal pode, por um lado, conduzir a abusos por parte dos produtores (ou entidades gestoras) e, por outro, induzir a seleção contrária à desejável, em que os produtos (ou serviços) de baixa qualidade se podem sobrepor aos de boa qualidade. O trabalho publicado por Akerlof, em 1970, *Market for "Lemons"*, representa uma das referências mais aludidas no meio académico no que respeita a esta questão, em que os compradores de veículos automóveis usados, por ausência de informação, não conseguem distinguir os *lemons* (representam automóveis usados com defeito que só é descoberto depois da compra se realizar) dos *cherries* (referenciados como bons automóveis). Curiosamente, em 2001, o Prémio Nobel da Economia foi atribuído a *George Akerlof, Michael Spence e Joseph Stiglitz* precisamente pelos trabalhos desenvolvidos na análise de mercados com informação assimétrica.

A lógica de intervenção neste período associado ao Estado Providência teve, reconhecidamente, enormes virtudes, com importantes contribuições para a sociedade (em diversas áreas como, por exemplo, a defesa nacional, os transportes, a saúde pública ou a proteção do ambiente) e permitindo lidar eficientemente com problemas difíceis e complexos com que a sociedade se deparava então (Denhardt e Denhardt, 2007). No entanto, o modelo organizacional da Administração Pública (*burocracia profissional*) e o modelo de prestação dos serviços dominantes, em que o principal objetivo consistia em *“garantir a realização de certos valores que o mercado só por si não estaria em condições de assegurar”* (CES, 2006:9), começam a ser fortemente questionados na década de 1970. Fadul (1999:72-73) apresenta a seguinte justificação para esta contestação: *“Por um lado, as críticas à gestão pública enfatizam o peso e a lentidão das administrações, a tendência à burocratização e ao corporativismo, a excessiva centralização, a inflexibilidade produzida pelo excesso de normas, os privilégios do servidor público e, por outro, atacam a sua eficácia social relativa, a sua incapacidade de reduzir ou suprimir as desigualdades e de atender razoavelmente a todas as necessidades coletivas, além da relação de dominação sobre os usuários sob o pretexto do interesse coletivo”*.

Com efeito, é por esta altura que se verificam diversas crises globais (motivadas nomeadamente pelo aumento dos preços do petróleo), determinando uma desaceleração económica, uma expansão da procura de determinados serviços públicos e um aumento do desemprego, o que dá origem à *crise fiscal do Estado*, um termo avançado por O'Connor (1973) que simboliza uma despesa por parte do Estado superior à receita. A par das consequências resultantes das transformações verificadas ao nível do contexto económico, também alterações sociodemográficas contribuíram para um aumento da despesa pública, associadas, por exemplo, ao aumento da população idosa (mais pensões pagas e serviços de saúde prestados) e ao número de famílias (monoparentais) (Silvestre, 2009). Com o aumento do défice público, a procura de receitas por parte dos governos residiu essencialmente no aumento dos impostos, provocando a convicção geral de que o Estado não fazia um uso eficiente dos dinheiros públicos (Silvestre, 2009), começando a administração burocrática a ser considerada enquanto garante da mediocridade e manifestando-se dúvidas quanto à confiança que lhes era depositada para desempenhar as suas funções (Carvalho, 2006). O comentário proferido por Carvalho (2006:24-25) sobre este contexto revela-se extremamente pertinente: *“este ambiente geral que se foi criando em torno da ação do Estado Providência acaba por fazer diminuir o apoio público e político que, tradicionalmente, era conferido aos profissionais. Simultaneamente, os argumentos baseados no contexto dominante de restrições económicas parecem beneficiar claramente deste questionamento público dos profissionais e dos seus modos de organização (...) o sucesso e a eficiência das organizações do Estado Providência são a principal razão da sua ‘crise’, porque aumentaram as expectativas e a pressão para a crescente prestação de melhores serviços”*.

Face ao exposto, as teorias económicas e políticas por detrás do Estado Providência tornam-se menos atrativas, emergindo outras que, na essência, defendem que não deve ser o Estado (através da sua forte e pesada burocracia) a determinar comportamentos, mas antes que deverá ser a escolha livre a impulsioná-los, pelo que a melhor solução passa por maximizar o papel das forças do mercado e minimizar o papel do Estado (Hughes, 2003). A *teoria da escolha pública* constitui um bom exemplo de um pensamento crítico em relação à outra corrente que fundamenta a intervenção estatal na sociedade (*teoria económica do bem-estar*). Com efeito, segundo Hughes (2003), a teoria da escolha pública constituiu uma forte sustentação concetual para a gestão pública e para a demasiada abrangência de intervenção e ineficiência do Estado, evidenciando um forte contraste com o modelo tradicional da Administração Pública, reflexo de uma “*crescente insatisfação com um pressuposto implícito dos keynesianos, que consiste em acreditar que o governo efectivamente corrige as falhas de mercado*” (Alves e Moreira, 2004:12). Aliás, os defensores da teoria argumentam que a intervenção do Estado na economia e na sociedade também apresenta ela própria falhas com consequências nefastas (Alves e Moreira, 2004), em muito associadas ao imperativo burocrático e aos horizontes de curto prazo (Samuelson e Nordhaus, 2001). De facto, a principal rotura com a teoria económica predominante até então assenta na ideia de que as pessoas agem de acordo com os seus interesses individuais, independentemente de atuarem na arena política ou no mercado. Como tal, esta teoria contesta a ideia de que os burocratas e decisores políticos tenham como principal motivação o interesse público, fazendo cumprir, por conseguinte, o interesse geral (Hughes, 2003; Alves e Moreira, 2004). De acordo com esta ótica, os interesses particulares não perdem, portanto, peso a favor do bem-estar social, pelo que a melhor solução passa por maximizar o papel das forças do mercado e minimizar o papel do Estado.

Mas, para além da teoria da escolha pública, outras teorias mais abstratas e não conclusivas em termos de equilíbrio Estado/mercado, como sejam a *teoria da agência* e a *teoria dos custos de transação*, foram igualmente utilizadas como argumento para uma diminuição da intervenção do Estado.

A *teoria da agência* (ou *do agente-principal*) foi primeiramente desenvolvida para o sector privado com o intuito de explicar a relação (e a potencial divergência) existente entre os objetivos dos gestores e os acionistas (Hughes, 2003). Esta relação de agência estabelece-se quando um *principal* (neste caso os acionistas) delega alguns direitos num *agente* (neste caso os gestores) que está limitado por um contrato (formal ou informal) a representar os interesses do principal em troca de um pagamento de qualquer natureza (Jensen e Meckling, 1976). Tendo por base a ideia de que os agentes agem de forma racional e egoísta, em que as preferências do agente são distintas do principal (Eisenhardt, 1989; Wearing, 2005), percebe-se, então, que as relações entre o principal e o agente caracterizam-se (Araújo, 2000): por um lado, pela existência de informação assimétrica (o agente dispõe de mais informação sobre os detalhes das tarefas a executar do que o principal, o que lhe permite tirar vantagens), por outro lado, pelo facto

de os interesses do principal e do agente não coincidirem e muitas vezes poderem entrar em conflito e, por fim, pela existência de comportamentos auto-interessados e oportunistas por parte dos agentes, que conduzem a custos mais elevados para o principal. Ou seja, os agentes tomam partido de mais informação para atuarem em seu benefício, mas não do principal. O argumento é o de que, quer as características, quer o comportamento do agente, não podem ser observados na sua totalidade pelo principal. A omissão de características dá origem à *seleção adversa*. O comportamento não observado dá origem ao *risco moral*.

Ora, o problema do risco moral deriva de uma ação escondida por parte do agente. O risco moral existe sempre que há uma ação conjugada do agente com fatores externos a ele e o principal não consegue discriminar o que é atribuível ao próprio agente. A seleção adversa é criada pela informação assimétrica associada à incapacidade do principal avaliar corretamente as características do agente. A título de exemplo, sempre que não há discriminação de remunerações em função de diferenças na qualidade, haverá uma seleção adversa em que os produtos/agentes de melhor qualidade saem do mercado (produtos) ou da organização (agentes). Um exemplo típico desta questão pode ser observado no trabalho já mencionado de Akerlof (1970), cuja sequência dos argumentos pode ser enunciada da seguinte forma:

- O mercado apresenta bens de diferente qualidade, como por exemplo em relação ao estado de conservação e funcionamento;
- Se a diferença de qualidade fosse facilmente reconhecível, haveria uma clara diferenciação de preço entre os de baixa e elevada qualidade, mas quando essa diferença de qualidade não é perceptível pelo comprador, a diferença de preços não existirá;
- Os vendedores (ou donos) dos bens sabem mais sobre a qualidade dos seus bens que os compradores, que só conhecem a qualidade do bem depois de o adquirirem;
- Os potenciais compradores têm consciência que os vendedores sabem mais sobre a qualidade dos produtos do que eles;
- Esta assimetria de informação altera dramaticamente o mercado pois, por um lado, os compradores sabem que pelo mesmo valor tanto lhes pode sair um bem de elevada ou de baixa qualidade (logo a sua disponibilidade de pagar não é a mesma dada a incerteza existente) e, por outro, os vendedores dos bens de qualidade elevada podem retirar esses mesmos bens do mercado no caso de os consumidores não os valorizarem como tal, o que promoverá uma deterioração progressiva da qualidade (permanecem no mercado apenas os bens de baixa qualidade), uma menor transação de bens e uma diminuição do preço de equilíbrio;
- Assim, se há bons e maus veículos usados (*lemons*) mas os compradores não conseguem discriminá-los, acabam ambos por ser vendidos ao mesmo preço médio, conduzindo a que alguns

proprietários de bons carros considerem o preço baixo e os retirem do mercado. O preço volta, assim, a baixar e uma nova leva de bons carros sai.

A utilização desta teoria para advogar uma menor intervenção do Estado resulta do facto de alguns autores argumentarem que o problema do agente-principal tende a assumir uma dimensão maior no sector público, dada a dificuldade em determinar quem é o *principal* (Hughes, 2003). É neste sentido que esta teoria procura sustentar a ideia da contratualização como única forma de responsabilizar o agente perante o principal (Hughes, 2003).

A *teoria dos custos de transação* teve igualmente a sua origem no sector privado, com uma trajetória de desenvolvimento marcada essencialmente pelos trabalhos desenvolvidos por Coase (1937; 1960) e Williamson (1975; 1985; 1996; 2007). De uma forma genérica, esta teoria corresponde a um esforço de identificar, explicar e mitigar os riscos contratuais, em geral resultantes da já referida racionalidade limitada (na medida em que, tanto a capacidade cognitiva do indivíduo para processar uma grande quantidade de informação e prever o futuro, como o tempo para tomar decisões, são limitados) e do oportunismo (procura do interesse próprio) dos indivíduos (Castro e Santinha, 2013). Assume como argumento que, caso os custos ocorridos na transação entre diferentes agentes/instituições sejam relativamente elevados, a instituição preferirá internalizar o serviço (ou a produção dos bens); caso contrário, a opção incidirá na subcontratação de uma outra instituição para o fazer. Deste modo, a realização de um contrato que permita diminuir os riscos existentes (associados à racionalidade limitada e ao oportunismo) poderá incentivar e favorecer as transações económicas. Perante este quadro geral, segundo Hughes (2003), a aplicação desta teoria ao sector público realça a ideia de que existem transações menos dispendiosas se subcontratadas ao exterior, reduzindo os custos administrativos e aumentando a competição.

Todas estas questões endógenas ao Estado (e.g. crise fiscal, burocracia...) e exógenas (e.g. globalização económica e cultural, teorias económicas...), associadas à eleição de Margaret Thatcher para o governo britânico (1979) e Ronald Reagan para os EUA (1980), conduziram a um conjunto reformas, com repercussões em muitos outros países. Reformas que se verificaram a dois níveis, com óbvias interligações (Hughes, 2003): por um lado, uma tendência para o mercado por parte do sector público, com a passagem de atividades públicas para privadas (processo de privatização), e, por outro, uma tendência para um distanciamento da burocracia como princípio organizacional do sector público: *“The traditional model was a Great reform in its day, but the world has moved on”* (Hughes, 2003: 43). Reformas que, do ponto de vista de orientação política, marcaram uma viragem no modo como o Estado e serviços públicos, na sua relação com a sociedade, são considerados. Diz David Harvey (Lilley, 2006) a este respeito: *“The 1970s was, if you like, a moment of revolutionary transformation of economies away from the embedded*

liberalism of the postwar period to neoliberalism, which was really set in motion in the 1970s and consolidated in the 1980s and 1990s. (...) In many ways the neoliberal argument that the labor market should be flexible and open and free of any union constraints became very appealing in the 1970s”.

1.2.3. Nova Gestão Pública

Os fatores acima mencionados contribuíram para um discurso dominante de que o melhor contributo que as políticas públicas poderiam dar para o desenvolvimento consistia em reduzir ao mínimo a interferência do Estado na economia (Mamede, 2009). Uma convicção que, segundo o mesmo autor, se baseia na ideia de que, por um lado, o sistema de preços constitui um mecanismo eficiente de afetação de recursos e o mercado reflete devidamente o valor dos bens e serviços e, por outro, que o desenvolvimento ocorre naturalmente desde que estejam criadas as condições necessárias ao investimento privado. Com um discurso político facilitador de diminuição de receitas (via redução dos impostos) e da despesa pública (através de mecanismos de privatização ou outras formas de contratos), na sequência das já referidas eleições de Thatcher e Reagan, caminhou-se então para a introdução de um movimento amplamente difundido e discutido nos meios académico e político: a Nova Gestão Pública (NGP).

Diversos autores referem que é difícil identificar de forma uniformizada o conceito de NGP (ver, por exemplo, Dunleavy et al., 2005). Neste âmbito, Manning (2000) refere que a NGP *“is a slippery label”* e Ferlie et al. (1996:10) argumentam inclusive que *“sometimes the new public management seems like an empty canvass: You can paint on it whatever you like”*. Contudo, na eventualidade de haver um consenso generalizado sobre a NGP, este reside no seu nível mais fundamental: a NGP assenta numa teoria sobre como deve o Estado fornecer os serviços, recomendando uma nova abordagem face à lógica de atuação do Estado Providência, se o objetivo for aumentar a eficiência na prestação desses serviços (Lane, 2000). Mais concretamente, e de acordo com Denhardt e Denhardt (2000), a noção de NGP relaciona-se com um conjunto de ideias, práticas e valores – *“this requires the organization to “touch the hearts” and “win the minds” of its employees”*, como coloca Dunn e Miller (2007:350) –, incluindo a *reinvention theory* e o *neomanagerialism*, que procuram, de uma forma geral, usar as abordagens empresariais do sector privado no sector público. E, neste sentido, a lógica é dupla – *“run government like a business”* e *“make government work better and cost less”* (Denhardt e Denhardt, 2000:550) –, baseando-se em *slogans* como *“steer don’t row”* (deLeon e Denhardt, 2000:90). Seguindo este raciocínio, os que *conduzem* os processos têm mais poder sobre o seu destino do que os que fornecem os serviços, pelo que os gestores públicos não deveriam assumir isoladamente os riscos inerentes à prestação de serviços, mas antes definir programas para que outros os façam e avaliar desempenhos.

Pela sua relação com a NGP, importa esclarecer sumariamente o que significam a *reinvention theory* e o *neomanagerialism*. A ideia por detrás do *movimento reformador* da intervenção do Estado na sociedade (*reinvention theory*) consiste na defesa do livre funcionamento do mercado na provisão dos serviços públicos e na liberdade de escolha individual (Frederickson, 1996), tendo por base o pressuposto que a acumulação de muitos interesses individuais (por via de processos de participação) pode aproximar-se do interesse público (deLeon e Denhardt, 2000). Assim sendo, o Estado deveria ser capaz, desde logo, de adotar com sucesso as abordagens e as ferramentas do meio empresarial e, assim, *reinventar-se* para que os valores e a cultura empresariais fossem incorporados nas instituições públicas (Osborne e Gaebler, 1992). Ao nível dos valores incluem-se a competição e a preferência dos mecanismos de mercado para a escolha social (deLeon & Denhardt, 2000). Mas o Estado deveria também ser capaz de direccionar-se mais para os cidadãos: ouvi-los com atenção, disponibilizar-lhes diferentes escolhas na provisão de serviços (procurando promover, deste modo, competição entre os diversos prestadores) e providenciar-lhes recursos para que pudessem seleccionar os seus próprios prestadores de serviços (deLeon & Denhardt, 2000).

Já o *neomanagerialismo* (NM), segundo Demm e Brehony (2005), pode ser entendido como uma nova configuração ideológica de ideias e práticas conduzidas no seio da organização, gestão e prestação de serviços públicos, de certa forma em tudo semelhante à NGP. Embora possam surgir divergências em torno da natureza dos dois conceitos (*vertente mais ideológica do NM vs vertente mais técnica e organizacional da NGP*), os propósitos são semelhantes, como argumentam Deem et al. (2007:1): “*These two ‘loosely couple’ innovations in policy discourse and organizational practice have been focused on the detailed restructuring of public services delivery, organization, and management in a way that facilitates a flexible, and changing balance, between ‘strategic control’ and ‘operational control’*”. De facto, à semelhança da NGP, o NM procura uma alteração de valores e formas discursivas de como os serviços públicos devem ser conceptualizados, representados e legitimados. Neste sentido, procura estreitar-se o objetivo e o alcance da intervenção pública para que os mecanismos de afetação de recursos se baseiem em técnicas do mercado, bem como em formas de gestão que favoreçam a competição em detrimento da colaboração (Deem et al., 2007). É dentro desta lógica que Demm e Brehony (2005: 220) fazem a seguinte afirmação: *Like ‘new public management’ (...) ‘new managerialism’ is also defined in contrast to public bureaucracies and the bureau-professional power over service-users supposedly evident in these*. Pela proximidade entre os dois movimentos, certos autores (ver, por exemplo, Deem et al., 2007) argumentam inclusive que o NM (designando-o alternativamente como *Neoliberal Managerialism*) forneceu a base ideológica e o racional estratégico político para a emergência da NGP na década de 1980, defendendo um discurso muito centrado no mercado, em que a livre concorrência e o mundo empresarial privado constituíam a solução universal para todos os problemas existentes. Era, portanto, uma configuração ideológica anti-Estado/pró-mercado, anti-prestador/pró-consumidor e anti-burocracia/pró-competição.

Ora, é precisamente pelas razões apontadas que a NGP constitui um movimento que representa uma mudança significativa em relação à tradicional Administração Pública. De uma forma simples, e partindo dos trabalhos desenvolvidos por Hood (1991), Pollitt (1993) e Hughes (2003), são nove as ideias-chave que caracterizam a NGP:

- Prestar mais atenção aos resultados (que, assumidamente, são mais importantes que os processos) e à responsabilização dos gestores;
- Definir claramente os objetivos pessoais e organizacionais e as metas (quantificadas) que se pretendem atingir;
- Avaliar sistematicamente os programas (de forma mais rigorosa que anteriormente);
- Separar o papel de comprador do de prestador de serviços – “*in other words separation of ‘steering from rowing’*” (Hughes, 2003:44);
- Flexibilizar as instituições e as condições de emprego;
- Aumentar a competição na prestação dos *serviços públicos*, o que envolve a realização de contratos a termo e abertura de concursos públicos como forma de diminuir custos e melhorar os resultados;
- Transformar formas de organização burocráticas, pesadas e hierárquicas em formas de organização mais especializadas, simples e autónomas;
- Reduzir as funções do Estado através de mecanismos de privatização ou outras formas de contractos;
- Atenuar a fronteira entre o que é público e o que é privado (através, por exemplo, do recurso a parcerias).

A NGP refere-se, portanto, a um movimento de mudança associado às décadas de 1980 e 1990 que procura, quer tornar o sector público mais magro e competitivo, quer promover uma Administração Pública mais atenta às necessidades dos cidadãos, com uma flexibilidade de escolha e uma maior transparência (Moreira e Alves, 2009). Baseia-se, assim, na ideia de que a melhor forma de perceber o comportamento humano é assumir que o Estado e outros atores fazem escolhas (e, consequentemente, agem) com base nos seus próprios interesses. Por conseguinte, o papel do Estado consiste em *libertar* as forças de mercado por forma a facilitar a escolha individual e a atingir o máximo de eficiência, sendo os cidadãos vistos como *clientes* e os funcionários públicos encarados enquanto gestores de risco à procura dos melhores acordos e da máxima redução de custos (Denhardt & Denhardt, 2007). É neste contexto que se começa a verificar no seio da CE alguma relutância em continuar a adotar-se o termo *serviço público*, culminando na segunda metade da década de 1990, como já salientado na secção anterior, com o lançamento de documentos programáticos com a designação de *serviço de interesse geral*. Defende-se que a abordagem, assim, passa a ser centrada no serviço e no cidadão, na medida em que este tem o

direito à oferta de certos serviços e bens, independentemente dos fornecedores serem públicos ou privados.

Independentemente deste movimento ter suscitado diversas críticas, principalmente por parte de quem defendia uma maior intervenção do Estado na sociedade, é no final da década de 1990 que o debate em torno da NGP se acentua no sentido de se procurar uma nova agenda reformista. Uma das críticas apontadas à NGP residia precisamente na sua crença nas forças do mercado enquanto panaceia de todos os problemas e enquanto mecanismo capaz de promover a participação de todos os indivíduos, grupos de interesse, empresas e outras instituições, de forma equilibrada e que fosse, por conseguinte, capaz de representar o interesse social geral. Relacionada com esta questão surge uma crítica complementar: a atuação competitiva no seio das instituições públicas, associada à procura incessante da inovação (expressão de também entrou com força no léxico empresarial/governamental), apesar das vantagens que acarreta, potencia excessos de risco por parte dos gestores públicos e promove uma atitude que deLeon e Denhardt (2000:92) referem como *“It is better to ask forgiveness than permission”*.

Uma outra crítica apontada a este movimento diz respeito à procura da liberdade de escolha individual baseada no mercado que se faz na ótica de aumentar o poder do *cliente* (Harris, 1999). Esta ênfase colocada no *consumidor* ou *cliente* é vista como algo que representa um ponto de vista político: prefere-se um Estado que responda aos interesses a curto prazo das pessoas numa perspetiva individual (*clientes*) em detrimento dum interesse público coletivo definido através de um processo deliberativo (*cidadãos*). Neste contexto, importa lembrar as palavras de Mintzberg (1996:77 *apud* deLeon e Denhardt, 2000:95) – *“I am not a mere customer of my government, thank you. I expect something more than arm’s-length trading and something less than the encouragement to consume. (...) Do we really want our governments ... hawking products?”* – e mesmo de Wing (1997:287) em relação aos serviços de saúde – *“(...) the recent trend to refer to people seeking health care as “clients” implies to me a component of human interaction that I would expect in the business world rather than in a trusting, helping relationship”*.

Com efeito, o conceito de cidadão é mais abrangente que o de cliente/consumidor, na medida em que tem implícita a noção de cidadania, que implica direitos e deveres e não só a liberdade de escolher os serviços (Pereira e Spink, 2005; Carvalho, 2006). Acresce que o próprio conceito de cidadania, ao relacionar-se com o princípio da prestação de contas (*accountability*), implica o envolvimento dos cidadãos para além dos processos de avaliação de desempenho, isto é, requer que estes tenham uma postura ativa na própria formulação das políticas públicas (Pereira e Spink, 2005). Por outro lado, a própria tendência para as instituições atuarem num ambiente de competição direcionado para o *consumidor/cliente* pode originar um efeito perverso que pode inclusive ir contra a ideia de concorrência que tanto se almeja. O exemplo apontado por Pereira e Spink (2005) é esclarecedor: i) uma

determinada instituição pública, ao ficar bem classificada na avaliação de desempenho, pode adquirir mais recursos, o que, conseqüentemente, cria mecanismos adicionais para melhorar a sua resposta à procura dos seus consumidores; ii) pelo contrário, as restantes instituições poderão cair num ciclo vicioso, em que recebem menos recursos, os seus funcionários terão menores incentivos e ficarão desmotivados e os seus clientes continuarão insatisfeitos. Por outro lado, por motivos geográficos ou financeiros, nem todos os consumidores podem escolher os serviços de acordo com a sua preferência, problemática que se levanta por motivos de igualdade de acesso aos mesmos serviços.

1.2.4. Período Pós-Nova Gestão Pública⁵

Poderá dizer-se que a eleição do Partido Trabalhista para o governo Britânico constituiu um fator relevante para uma mudança de discurso, com repercussões visíveis em diversos países sob o desígnio da *terceira via*. Do ponto de vista intelectual, esta ideia foi fortemente influenciada pelos trabalhos publicados por Giddens (1994; 1998), nos quais se denota uma tentativa de ir do ponto de vista político para além da esquerda e da direita, apontando críticas a visões extremadas do papel do mercado e do Estado, residindo a solução na mistura dos fatores positivos de ambos. Portanto, às expressões-chave anteriores – *gestão/managerialismo, eficiência, qualidade e consumo* – juntam-se outras enquanto partes integrantes de um discurso mais amplo – *governança, exclusão social, abordagem baseada em evidência, 'best value', envolvimento e participação pública* (Newman, 2002).

Com efeito, este novo discurso⁶, apesar de apresentar alguns pontos de continuidade com a NGP (com ênfase nos mecanismos de mercado e nas parcerias público-privado como fatores-chave para a reforma administrativa), exhibe algumas diferenças que importa assinalar. Desde logo, procura não enfatizar (simplesmente) a importância da competição, mas antes realçar os benefícios da colaboração,

⁵ Sendo certo que as reformas políticas variam ao longo do tempo e apresentam configurações distintas em diferentes países, não é menos verdade que, pelo modo claro como as agendas políticas neste período foram formuladas no Reino Unido, facilmente as suas ideias e os seus discursos começaram a influenciar outros contextos territoriais no espaço Europeu. Por este motivo, mas também pelo (consequente) facto da bibliografia existente sobre a questão em debate se centrar mais no contexto britânico, a discussão que aqui se efetua seguirá mais de perto os principais marcos discursivos da agenda anglo-saxónica.

⁶ Este novo discurso passa a ser designado por diversos autores como *um discurso de modernização*: “Modernization was presented as a necessary process of updating services to match the expectations of modern consumers (who, for example, expect services to be organized around the convenience of those using them) and to meet the business requirements of the ‘modern’ world (for example enabling public services to draw on information technology (IT) advancements to deliver performance improvements)” (Newman (2002:79)). Aliás, na introdução do documento *Modernising Government* (1999:4) o Primeiro-Ministro Tony Blair faz a seguinte declaração: “(...) modernisation must go further. It must engage with how government itself works. Modernising government is a vital part of our programme of renewal for Britain. The old arguments about government are now outdated – big government against small government, interventionism against laissez-faire. The new issues are the right issues: modernising government, better government, getting government right. Modernising Government is a significant step forward in what is a long-term programme of reform. It puts in place a number of important initiatives, and sets out an agenda for the future. But in line with the Government's overall modernisation programme, in line with our policy of investment for reform, it is modernisation for a purpose: modernising government to get better government - for a better Britain”.

designadamente entre Estado, Mercado e Sociedade Civil (Newman, 2002). Diz Hughes (2003:88) a este respeito: “*Following some experimentation with a minimalist state, it did appear by the late 1990s that a new age of pragmatism about the role of government was emerging. Rather than the best government being one that was reduced to the barest minimum, government was seen as an important and powerful institution which could facilitate the role of the private sector instead of being its axiomatic competitor*”. Por outro lado, a consideração dos cidadãos na definição de políticas públicas já não reside somente na procura destes nos processos de avaliação de desempenho das instituições (para assim direccionar-se a prestação dos serviços públicos de acordo com a *vontade dos clientes*), mas também nos próprios processos de desenho e implementação das políticas públicas. E tal requisito é considerado, não só um importante mecanismo de alteração de poder dos prestadores de serviços para os seus utilizadores, como também um elemento essencial para auxiliar no combate à exclusão social (Newman, 2002).

Neste período *pós-NGP* reconhece-se que com a pressa de deixar de *remar* para *guiar* estava a esquecer-se de quem é o *barco*, pelo que o que importa é *servir* os cidadãos (Denhardt e Denhardt, 2007). E, portanto, a lógica altera-se: de uma reação típica do governo (e dos gestores públicos) aos pedidos dos cidadãos, como por exemplo “*yes, we can provide that*” ou “*no, we can’t*”, para “*let’s work together to figure out what we’re going to do, then make it happen*” (Denhardt e Denhardt, 2000:553-554). Deste modo, a Administração Pública deve saber reconhecer que uma cidadania ativa e esclarecida é crucial para um processo de governação democrático e envolve valores e uma preocupação por outros. Os processos de participação pública revelam-se, pois, fundamentais e são uma constante nos diversos documentos oficiais, como por exemplo o documento *Your Place Your Plan: a White Paper on Public Involvement in Planning* do *Scottish Executive* (2003), o Livro Branco do governo Britânico *Our health our care our say: a new direction for community services* (2006) ou mesmo a publicação das Comunidades e do Governo Local *Listening to communities: Consultation on draft statutory guidance on the duty to respond to petitions* (2009). Associada a esta postura encontra-se uma forte aposta nas tecnologias de informação e comunicação, com efeitos na gestão e na interação das instituições (públicas ou em parceria) com os cidadãos. Está-se perante o que Dunleavy et al (2005:3) designam por *Digital era Governance*.

Estas diferenças implicam (potencialmente) alterações na lógica de tomada de decisão e nas relações interinstitucionais. Em primeiro lugar, observa-se a valorização das redes e parcerias, mas agora com uma ênfase diferente dada à sociedade civil e ao próprio papel do Estado. Observa-se, em concreto, uma aposta em áreas em que antes havia dificuldade de cooperação (como, por exemplo, a renovação urbana, a exclusão social e a segurança comunitária), vindo agora o governo enfatizar a necessidade de uma maior e melhor integração horizontal (entre sector público, sector privado e terceiro sector) e vertical (entre as administrações central e local e entre quem define as políticas e quem é afetado pelas suas decisões). Contudo, não deixa de ser curioso observar a existência de dois discursos

(potencialmente) conflitantes. Por um lado, quer facilitar o diálogo e a troca de experiências ao invés de exercer controlo direto, e daí a importância das articulações horizontais e verticais. Mas, por outro lado, quer forçar a implementação rápida de uma nova agenda por ele (governo) definida – *“If you (local government) are unwilling or unable to work to the modern agenda, then the government will have to look to other partners to take on your role”* (Blair, 1998 *apud* Newman, 2002:84) –, com implicações óbvias no desempenho das entidades sob sua alçada. Está-se perante a já referida problemática associada ao *agente-principal*, não só entre o público, o privado e o terceiro sector, mas sobretudo entre administração central e a administração local. De facto, é possível encontrar vários exemplos atuais, como atestam Dunn e Miller (2007:356): *“Police departments, when their annual budgets are being made, make more arrests that later fail because they are “false” arrests. When new student achievement tests are used to provide increases or decreases in teacher pay, teachers “teach to the test” and partly invalidate that test. When students and their families in state-funded schools are labeled “customers,” evaluations of teachers (and professors) naturally focus on customer satisfaction, which sometimes has nothing to do with education or knowledge”*.

Em segundo lugar, na forma como incluir os diversos agentes nos processos de tomada de decisão. Com efeito, nesta fase procura-se uma *“nova postura governativa perante o cidadão, com envolvimento e responsabilização do último, que está mais e melhor informado e cujas expectativas nos e para os serviços públicos são crescentes”* (Silvestre, 2009:70). É assim exigido ao cidadão uma participação ativa na elaboração da própria agenda política e na prestação dos serviços, o que levanta um conjunto de desafios às práticas tradicionais: por exemplo, como incluir a voz de todos os cidadãos e não somente de determinados grupos de interesse? Dito de um outro modo, como incluir a noção de *ideal speech community* de Habermas, em que a simetria de poderes entre os participantes impede distorções nos debates por parte de quem tem mais poder?

Paralelamente a este *discurso de modernização*, que bem caracteriza a emergência e os principais vetores da agenda *pós-NGP*, outros autores avançaram com novas designações para esta fase que surgiu no final da década de 90. Apresentam-se aqui duas que, em muito, seguem a mesma linha de raciocínio e, por isso, servirão para complementar a análise já efetuada: o *neo-technocratic Managerialism* (Deem et al., 2007) e o *New Public Service* (Denhardt e Denhardt, 2000; 2007).

De acordo com Deem et al. (2007), o *neo-technocratic Managerialism* emerge na sequência do *corporist form of managerialism*, primeiro, e do *neomanagerialism*, depois, associado à redefinição de prioridades políticas, formas organizacionais e práticas de gestão, através das quais a modernização e a racionalização dos serviços públicos poderiam progredir. De acordo com os autores, o gestor e o prestador (profissional) de serviços ainda lá estão, mas o modo de atuação é agora diferente: mais *reflexivo*, de mediação e aconselhamento, e não tanto normativo e controlador. Acresce que as alterações políticas e

organizacionais adotam uma postura mais de *bottom-up*, legitimada por mecanismos que procuram contribuir para uma efetiva participação da comunidade (ou, melhor, dos *consumidores* dos serviços públicos). E, por isso mesmo, os profissionais e os gestores são *redefinidos* como agentes que procuram responder às aspirações e desejos dos *consumidores*, em vez de serem considerados *peritos* que definem os “*limits of the possible*” e os meios de organização possíveis para a sua realização (Deem et al, 2007:11). Sendo certo que esta nova agenda conduz a um turvar da distinção entre a provisão pública e privada de serviços⁷, reforçando a ideia que vinha do período anterior de que as políticas se querem neutras em relação à gestão ou domínio do serviço, não é menos verdade que o papel do Estado agora quer-se que seja diferente, principalmente no que respeita à forma como o *consumidor* deve ser tido em conta. É nesta ótica que ao nível da CE são lançados em 2003 e 2004 os *Livros Verde* e *Branco dos Serviços de Interesse Geral*, respetivamente. E, portanto, o prestador de serviços nesta fase *neo-tecnocrática* é, literalmente, o funcionário (empregado) das necessidades e prioridades dos *consumidores*. E como estas necessidades e prioridades se articulam por intermédio de vários mecanismos (entre os quais os media), o *consumidor* torna-se o parceiro dominante nesta relação. No entanto, o grupo de consumidores é demasiado amorfo e amplo para realizar a própria tarefa de avaliação de desempenho, pelo que novos mecanismos de inspeção, monitorização e apreciação têm de ser desenvolvidos e legitimados por forma a que as necessidades e os valores dos próprios consumidores sejam um elemento preponderante na formulação e implementação de políticas públicas (Deem et al, 2007).

A outra designação que surge neste período é avançada por Denhardt e Denhardt (2000; 2007) como sendo o *New Public Service*. De acordo com os autores, este consiste num movimento baseado no interesse público, nos ideais da governança democrática e no envolvimento cívico: “*government belongs to its citizens*” (Denhardt & Denhardt, 2007:23). Os cidadãos são, assim, vistos quase como proprietários do Governo, sendo capazes de atuar conjuntamente em prol das melhores soluções. Por conseguinte, o papel do administrador/gestor público consiste em *juntar as pessoas à volta da mesa e servi-las*, procurando o seu envolvimento, tanto no processo de formulação de políticas públicas, como no momento da sua implementação, com o objetivo, não de encontrar soluções conduzidas por escolhas individuais, mas de criar interesses e responsabilidades comuns e partilhadas – “*(...) the public servant will take an active role in creating arenas in which citizens, through discourse, can articulate shared values and develop a collective sense of the public interest. Rather than simply responding to disparate voices by forming a compromise, public administrators will engage citizens with one another so that they come to understand each other’s interests and adopt a longer range and broader sense of community and societal interests*” (Denhardt & Denhardt, 2000:554-555). E, neste sentido, o Estado torna-se em mais um participante/agente (em conjunto com o sector privado e a sociedade civil), embora com um papel decisivo no processo de movimentar a sociedade numa

⁷ A expressão usada por Deem et al, 2007:12) para caracterizar a relação entre o que é público e o que é privado ilustra bem esta questão: “*never mind the boundaries*”.

determinada direção – “*In this process, the role of government is transformed from one of controlling to one of agenda setting, bringing the proper players to the table and facilitating, negotiating, or brokering solutions to public problems (often through coalitions of public, private, and nonprofit agencies)*” (Denhardt & Denhardt, 2000: 553).

Esta nova postura de atribuição de responsabilidades para o cidadão e para a sociedade civil neste período pós-NGP tem vindo a assumir uma preponderância crescente em diversos países, particularmente desde 2007, com o fenómeno global de crise económica e social e o défice das contas públicas. Embora se sublinhe em diversos textos oficiais da CE (como seja o novo *Tratado de Lisboa* ou a Estratégia *Europe 2020*) o importante contributo dos SIG para a sociedade – não só numa perspetiva de equidade social e de bem-estar do cidadão, mas sobretudo ao nível económico, reconhecendo-se que estes serviços são cruciais para uma economia estável e que atuam como elementos estabilizadores em tempos de crise (CEEP, 2010) –, os novos desenvolvimentos do ponto de vista da governação pública continuam a levantar algumas dúvidas sobre qual a melhor orientação a seguir e qual o papel do Estado em processos que são do *interesse geral*. Um exemplo é o recente programa da coligação liderada pelo Partido Conservador Britânico intitulado *Big Society*, lançado em 2010, que, à semelhança dos períodos anteriores, começa a ganhar corpo nas agendas políticas dos governos de diversos países. A ideia por detrás deste programa consiste em retirar (ainda mais) poder ao Estado e atribuí-lo aos cidadãos numa lógica de transição de responsabilidades: “*No more of a government treating everyone like children who are incapable of taking their own decisions. Instead, let's treat adults like adults and give them more responsibility over their lives*” (Cameron, 2011)⁸. É precisamente neste contexto que o governo britânico dissemina a ideia de *Open Policy Making* e publica, em 2011, o *Open Public Services White Paper*, com especial destaque para as áreas da Educação, da Saúde e do Ordenamento do Território. No seu lançamento, o Primeiro Ministro Cameron afirma: “*Nearly two years on from coming into office, brick by brick, edifice by edifice, we are slowly dismantling the big-state structures we inherited from the last government. We are putting people in control, giving them the choices and chances that they get in almost every other area of life*”.

Carmo et al (2013) sistematizam os principais pilares em que assenta a agenda política da *Big Society*. Em primeiro lugar, a vontade de estimular a ação cívica, envolvendo o maior número de cidadãos tendo por base a autonomia e a criatividade individuais. Em segundo lugar, a ideia de dar maior poder às comunidades locais, atribuindo um papel crescente a estas na identificação das suas necessidades e na procura das melhores respostas, transferindo poderes e responsabilidades para as autarquias locais, comunidades e indivíduos, com destaque para as atividades de voluntariado. Em terceiro lugar, a

⁸ Um exemplo da capacidade de influência deste programa governativo noutros países é possível ser observado no caso português. Com efeito, segundo Carmo et al (2013), as palavras proferidas pelo primeiro-ministro Passos Coelho no seu discurso de tomada de posse mostram isso mesmo: “Queremos um Estado mais pequeno, mais ágil e mais forte, por um lado, e uma sociedade mais livre, mais autónoma e mais próspera, por outro. Na verdade são como que duas faces da mesma moeda”.

aposta na diversificação de formas de provisão de serviços de interesse geral, quer através do reforço da ideia de utilizador-pagador (em que a prestação destes serviços de natureza coletiva se baseia em mecanismos socialmente diferenciadores), quer por via da transferência de serviços do sector público para instituições de solidariedade social, empresas sociais, grupos comunitários e empresas privadas.

Os resultados práticos deste discurso ainda não são totalmente visíveis. No entanto, várias vozes discordantes têm surgido (Kippin e Lucas, 2011; Davies, 2013; Jacobs, 2013; McKee, 2013), argumentando que esta ideia de *big advance for people power* pode simplesmente ser uma forma de poupar custos ao Estado e que, pelo facto da sociedade civil não ter os recursos financeiros para avançar com a prestação dos serviços, serão os privados a fazê-lo. E este é um dos principais motivos que encaminha Walker e Corbett (2012:4) a afirmar que *“the big society may induce yet more fragmentation and dislocation within British society, as even minimal sources of financial support for local community action are removed, especially in the poorest areas (...). This suggests a ‘two-speed big society’ in favour of the rich and upper classes”*. E, se assim é, a interrogação que se coloca é se, na prática⁹, a ideia de *Big Society* não radica na mesma postura apresentada por Margaret Thatcher, também do Partido Conservador britânico, quando, no decorrer de uma entrevista em 1987, faz a seguinte observação: *“I think we have gone through a period when too many children and people have been given to understand ‘I have a problem, it is the Government’s job to cope with it!’ or ‘I have a problem, I will go and get a grant to cope with it!’ ‘I am homeless, the Government must house me!’ and so they are casting their problems on society and who is society? There is no such thing! There are individual men and women and there are families”* (Keay, 1987). É precisamente esta a razão que conduz alguns autores (e.g. Walker e Corbett, 2012) a argumentarem que, embora a retórica da agenda política da década de 1980 e da atual seja diferente, uma observação mais atenta do que se passa no terreno mostra que as duas abordagens são similares.

Por outro lado, é certo que o processo de descentralização de poderes e serviços pode ser benéfico para facilitar um maior envolvimento dos cidadãos nos processos de tomada de decisão e criar mecanismos de cooperação entre os diversos atores à escala local, fatores essenciais para o desenvolvimento do que diversos autores designam por *capital social* (Putnam, 2000). Mas não é menos verdade que a passagem do *Big Government* para a *Big Society*, que o programa em causa defende, tem subjacente uma transferência de responsabilidades para o cidadão, como se as capacidades de auto-organização e criação de redes de cooperação da sociedade civil fossem capazes de emergir espontaneamente. Com efeito, esta *“transferência irrealista de responsabilidades do estado para a sociedade civil”*, como asseveram Carmo et al (2013:3-4), ignora que *“não se trata de uma questão de ‘quantidade’ de estado mas sim de qualidade de relações e práticas democráticas envolvendo o estado, a sociedade civil e os agentes económicos”*, colocando, por isso, em causa o garante de *“níveis generalizados de maior equidade entre diferentes indivíduos,*

⁹ Na medida em que ao nível vista discursivo já se observou que há uma diferença substancial.

comunidades e regiões sem o recurso a mecanismos redistributivos de afetação de recursos e sem a alteração das relações assimétricas de poder que caracterizam as sociedades contemporâneas”.

1.3. Balanço crítico de um debate em aberto

“The main purpose of the mail service is to transport letters from A to B in a cost-effective way. Few, however, would agree that this should lead to inhabitants of remote areas paying exorbitant amounts of money to send and receive mail, or that they should receive just one delivery every fortnight. Others would even add the role of the mailman in communities' social fabric to the “performance” of a mail service. Likewise, many would agree that the inability to pay for the delivery of electricity or water should not mean that families or the elderly will have to be disconnected. (...) the enjoyment of certain public services is considered to be more essential than that of others. There is no agreement on many of these issues.” (Van de Walle, 2008:256)

A frase de Van de Walle ilustra bem a ambiguidade existente em torno do conceito e do tipo de serviços que fazem parte do que se designa por *serviços de interesse geral* e que, sumariamente, se descreveu na primeira secção deste capítulo com base em textos oficiais e documentos programáticos da UE. Aliás, são recorrentes os inúmeros comentários a este respeito, como atesta Lenaerts (2012), vice-presidente do Conselho de Justiça da UE. É natural, por isso, que permaneça viva e central a dúvida sobre o seu significado real. Mas a sua compreensão pressupõe uma visão processual e contextualizada, pelo que não basta invocar uma nova nomenclatura em substituição do que antes se designava por *serviços públicos*. Foi justamente esse o propósito da segunda secção deste primeiro capítulo.

Com efeito, para alguns autores, a adoção desta nova terminologia não significa mais do que um modo de formalizar uma diminuição do papel do Estado na sociedade, procurando restringir a sua missão no que respeita a estes serviços e abrir caminho a um maior envolvimento de entidades privadas com o intuito de reduzir a despesa pública e aumentar a eficiência. Uma perspetiva, diga-se, exaltada por uns, mas censurada por outros. Numa versão menos simplista, mas igualmente redutora, o acolhimento da expressão SIG serve para separar o financiador do prestador, colocando em competição prestadores públicos e privados que se encontrem funcionalmente desunidos. São essencialmente duas as razões apontadas. Por um lado, prestar ao utilizador serviços de qualidade ao melhor preço e aumentar a eficiência através da competição, colocando o cidadão no centro do debate e, assim, atribuindo uma menor importância à entidade que presta o serviço. O aforismo atribuído a Deng Xiaoping, considerado por muitos como o criador do socialismo de mercado na China, ilustra bem este raciocínio: *“It doesn't matter whether it's a white cat or a black, I think; a cat that catches mice is a good cat”*. Por outro lado, diminuir a eventual vulnerabilidade do Estado face a interesses particulares, em que as motivações individuais se sobrepõem ao interesse público e à promoção do bem comum (diluindo assim quaisquer potenciais benefícios que a interposição estatal possa transportar), e, assim, evitar que o Estado seja o único ator no campo dos SIG.

Ora, tanto num caso como no outro predomina uma visão estreita, não raro apresentando contornos com fortes posicionamentos ideológicos e revelando, como já indicado, a ausência de uma teoria de base por detrás que explique cientificamente o seu conceito e sustente solidamente os processos de tomada de decisão. Na verdade, a utilização do termo *serviço público* pressupunha uma distinção clara entre o que era do sector público e do sector privado. E, neste sentido, havia um conjunto de bens e serviços sobre os quais a esfera pública atuava. No entanto, as fronteiras entre o público e o privado foram-se esbatendo essencialmente desde a década de 1980, verificando-se uma nova *revolução permanente*, em que o Estado é considerado como tendo insistentemente uma dimensão *Leviatã*, pelo que os pressupostos que legitimam a sua intervenção do ponto de vista social e económico se têm vindo a transformar.

É certo que há casos extremos em que a fronteira entre as duas esferas (ainda) se encontra bem delimitada: i) quando não há intervenção pública, ou seja, quando as transações se verificam totalmente na esfera privada e a única ação pública ocorre, ou *à posteriori* (e.g. justiça) ou *à priori* (e.g. fiscalização); ii) quando se está na presença indiscutível de intervenção pública, como é, a título de exemplo, o caso das forças armadas (segurança). Contudo, o que dizer dos serviços que não se encontram nestes casos extremos, designadamente os de *interesse geral*? E debaixo deste *chapéu*, deverão os serviços de natureza económica ser observados de forma distinta dos de natureza não económica? Em bom rigor, mesmo os *serviços sociais de interesse geral* podem ser considerados de natureza económica. Dependem, acima de tudo, da atividade em causa: “*Because social and health services have undergone various processes of reform, in particular, through outsourcing to the private sector or to public–private partnerships, an increasing number of activities performed by those services could be considered by the European Commission as “economic in nature” and thus subject to state aid rules or to liberalization measures under the 2006 Services Directive*” (Colomb e Santinha, 2014:472-473). E, por isso mesmo, “*the line between market and non-market elements is hard to draw*” (Nistor, 2011:381). Acresce que os tratados não fazem menção explícita a estes serviços sociais, o que contribui para alimentar a polémica e aumentar a nebulosidade em torno da questão em debate (Lenaerts, 2012). Por outro lado, e embora o processo de liberalização a que a Diretiva 2006/123/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 12 de Dezembro de 2006, relativa aos serviços no mercado interno, tenha diminuído o *espaço de manobra* de cada estado-membro, a própria CE, nos documentos que tem publicado sobre os SIG, reconhece que existem diferenças entre cada país, fruto de tradições, leis e práticas distintas, que dificultam um entendimento global sobre o qual o conceito inerente a estes serviços. A este propósito, Molle (2007:178) faz o seguinte comentário: “*member states’ governments are free to classify certain services to be of general interest in case they think it necessary to guarantee access to them at affordable prices for everyone, irrespective of the geographical situation of their residence or location*”. Assim sendo, a responsabilidade de garantir o acesso a estes serviços compete, em última instância, a cada estado-

membro, particularmente perante a ausência de uma clara definição por parte das instâncias comunitárias.

Ora, garantir o acesso a estes serviços implica, desde logo, cumprir as obrigações de serviço universal¹⁰ que a própria CE estabelece, o que significa que todos os cidadãos devem ter acesso aos serviços no que respeita ao preço e qualidade de serviço, independentemente da sua localização geográfica ou das suas características sociais. Uma preocupação que, aliás, vem reforçada na recente comunicação lançada pela CE, *A Quality Framework for Services of General Interest in Europe* (CEC, 2011b). O direito ao acesso a estes serviços deve, pois, ser avalizado por intermédio de políticas públicas que procurem colmatar eventuais constrangimentos decorrentes da uma atuação do mercado *per se*, como reconhece a própria CE em diversos textos. Estão, deste modo, aqui patentes fatores de natureza social e geográfica.

No entanto, estas questões têm vindo a ganhar particular atenção, sendo mesmo postas em causa¹¹ em alguns contextos, em consequência de exigências de competitividade ditadas por constrangimentos económicos e financeiros amplamente difundidos em documentos programáticos da UE, como se constatou na secção anterior. A título de exemplo, a CE, no contexto do debate em torno dos SIG, refere o seguinte: *“At the same time, the budget constraints that currently confront public administrations and the need for fiscal consolidation make it necessary to ensure that high-quality services are provided as efficiently and cost-effectively as possible”* (CEC, 2011b:2). Mas, sendo certo que as tão propagadas restrições financeiras realçam a importância de se redobrar a atenção com a forma como se utilizam os recursos financeiros, não é menos verdade que, como refere a mesma comunicação da CE, *“The current economic and financial crisis is a reminder of the central role that services of general interest play in ensuring social and territorial cohesion”* (CECb, 2011:14).

Os comentários aqui efetuados reforçam a ideia de que o debate quanto ao tipo, às características ou critérios comuns e diferenciadores, à forma de prestação e ao modo de financiamento dos SIG ainda se encontra em aberto e exposto a controvérsias e pensamentos distintos. São, efetivamente, muitos os fatores a ponderar. Mas lançam igualmente pistas sobre o facto de na discussão estarem presentes

¹⁰ Em determinados contextos (e.g. para determinados serviços) a expressão usada é *obrigações de serviço público*.

¹¹ A este propósito, atente-se ao comentário efetuado por Van de Walle (2008:258): *“Economic efficiency considerations, market pressure, and transnational competition now challenge public service objectives such as universal access (...) Policymakers therefore are looking for ways to balance market values, such as free trade and competition, with non-market values such as universal service.”*

aspectos de natureza social, económica e geográfica. Ora, é precisamente em torno destas questões que o próximo capítulo se debruçará¹².

O argumento de partida é o de que a formulação de políticas públicas se rege, desde logo, por dois princípios gerais: assegurar que os cidadãos tenham acesso equitativo a determinados bens e serviços e, simultaneamente, maximizar a utilização dos recursos existentes (escassos). Por outras palavras, está-se perante o que se designará por princípios de *justiça social* e de *utilização racional de recursos*, sobre os quais a primeira secção do próximo capítulo se debruçará (*subcapítulo 2.1.*). Alega-se que a relação destes princípios envolve geralmente uma tensão: distribuição dos recursos existentes de forma justa (*ótica da equidade*) *vs.* obtenção do máximo possível face a esses recursos (*ótica da eficiência*). Como, então, lidar com esta tensão nos processos de tomada de decisão de política pública, reconhecendo que decisões em que a equidade é sacrificada em detrimento da eficiência levantam conflitos práticos e morais, dependendo na maioria das vezes, como já referido, da ideologia política governativa?

A resposta a esta questão ajuda a clarificar um pouco melhor o debate em causa. Avança-se, para tal, com o argumento geral de que a formulação de políticas públicas na prestação dos SIG dever procurar equilibrar os princípios de eficiência e equidade à luz da realidade atual no que diz respeito à governação/gestão pública, ou seja, percebendo a importância da intervenção do Estado (para maximizar o bem-estar social devido aos problemas decorrentes da existência de falhas de mercado e da distribuição de recursos), mas reconhecendo as vulnerabilidades deste e o crescente papel que os outros agentes (privados e terceiro sector) podem desempenhar na prestação e na melhoria da qualidade dos serviços.

No entanto, independentemente dos mecanismos de governação/gestão pública, importa mencionar que os desafios associados à formulação de políticas públicas, designadamente no que respeita à provisão de SIG, apresentam também, como acima referido, uma natureza territorial: se é certo que pelos diferentes objetivos e funções a oferta destes serviços geograficamente difere dos de natureza privada (procurando responder, de certa forma, à ideia de que os cidadãos não devem ser penalizados por viverem e trabalharem em determinados territórios), não é menos verdade que estes também apresentam um determinado padrão de distribuição territorial, com efeitos sociais e económicos díspares consoante o local onde se inserem. De uma forma geral, e a título de exemplo, territórios centrais e mais densamente povoados tendem a ter uma maior e mais diversificada e especializada oferta de serviços em resposta à necessidade dos cidadãos quando comparados com territórios mais

¹² Importa chamar a atenção para o facto de, posteriormente, na segunda parte da dissertação, ser efetuada uma análise específica sobre o caso da saúde (em geral) e dos cuidados de saúde (em particular) no que diz respeito à sua natureza e ao papel do Estado.

periféricos. Há quase 20 anos, Marshall e Wood (1995:190) comentavam: *“Village and small town schools have been closed, group practices have replaced the individual doctor, and small post offices are threatened by closure. Public services thus follow trends in many commercial services”*.

O raciocínio aqui exposto é o de que o contexto territorial, designadamente através do princípio de *coesão territorial*, acrescenta valor (do ponto de vista da aquisição de informação e conhecimento) aos processos de tomada de decisão política no que respeita à relação *equidade/eficiência*. Dito de outra forma, argumenta-se que na formulação de políticas públicas, mormente no que à provisão de SIG concerne, o princípio de coesão territorial deve ser levado em consideração, introduzindo assim um outro tipo de racionalidade em relação aos outros princípios tipicamente presentes (justiça social e utilização racional de recursos) de forma a maximizar-se o *trade-off*. Ora, é precisamente sobre este tema que o *subcapítulo* 2.2. se debruçará, introduzindo e justificando a importância da dimensão territorial (por intermédio do princípio de coesão territorial) na formulação de políticas públicas.

Capítulo 2

JUSTIÇA SOCIAL, UTILIZAÇÃO RACIONAL DE RECURSOS E COESÃO TERRITORIAL NA FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

2.1. Justiça Social e Utilização Racional de Recursos

“Everybody is in favour of social justice, almost by definition”, referem Burchardt e Craig (2008) no capítulo introdutório do livro *Social Justice and Public Policy*. No prefácio do livro *A ideia de Justiça*, por outro lado, Sen (2010) recorre à obra *Grandes Esperanças* de Charles Dickens para recordar que não há nada que seja mais percebido e sentido do que a injustiça. Sendo uma das principais razões que justificam a intervenção pública (Araújo, 2002), a ideia de justiça (ou, colocado pelo lado inverso, a ideia do que é injusto), as prioridades para atuar em conformidade e as políticas públicas necessárias para tal variam, porém, substancialmente. Aliás, há aproximadamente dois séculos e meio, em *The Theory of Moral Sentiments*, Adam Smith (2002) fez notar que o termo *justiça* apresenta significados distintos. A este propósito, Burchardt e Craig (2008) apresentam o caso inglês para exemplificar diferentes formas de conceber a justiça social. Os autores referem que, em 2007, as recomendações do *grupo de políticas de justiça social* do partido conservador inglês reforçavam a ideia de *sociedade de bem-estar* (em contraponto ao *Estado de bem-estar*) como forma de centrar as políticas nos mais carenciados e apelar à caridade junto de organizações não-governamentais ou de quem mais pode contribuir. A lógica subjacente é a de que as pessoas devem assumir as consequências dos seus atos, cabendo ao Estado o papel de as auxiliar a tomar as opções mais corretas e não de lhes resolver os problemas, já que um papel interventivo do Estado neste domínio tende a exacerbar os problemas e não a solucioná-los. Como segundo exemplo, os autores recuam dez anos e apontam o caso da *comissão de justiça social* do partido trabalhista britânico. Para essa comissão, a justiça social baseia-se em direitos (em vez de caridade), na sociedade como um todo (e não só nos mais necessitados) e numa forte intervenção do Estado enquanto ator principal para fazer face aos problemas inerentes às desigualdades existentes¹³.

¹³ Burchardt e Craig (2008) chamam, porém, a atenção para o facto de estas diferenças existirem mais ao nível concetual e não tanto na forma como depois as políticas são postas em prática. Neste contexto, os autores

Os exemplos apontados envolvem considerações valorativas diferentes e conduzem a conclusões distintas sobre como atuar perante determinadas injustiças. Estas diferenças inserem-se, em grande medida, no raciocínio já aqui discutido sobre o propósito e o papel do Estado e da governação em geral e baseiam-se em fundamentos teóricos diferentes sobre o que é desejável e exequível numa sociedade (Kukathas e Pettit, 2005). Importa aqui relembrar que os processos de formulação de políticas públicas e o próprio papel do Estado na sociedade foram-se alterando com o passar do tempo. E se, até ao início do séc. XX, o Estado caracteriza-se pela sua política de *laissez-faire*, uma política de comércio livre, atuando como *Estado Guarda-Noturno*, ou seja, de modo pontual e essencialmente preocupado com a segurança, com a primeira e segunda guerras mundiais o panorama altera-se. O Estado passa a assumir um papel interventivo e protecionista, cuja ação ao nível da formulação de políticas públicas se afirma como um meio necessário de compensação e estabilização social, garantindo o acesso da população a um conjunto de serviços/bens. Nesse período passa a existir um consenso de que o Estado intervém melhor do que o mercado, não só na aplicação da justiça e na segurança, mas igualmente na distribuição de bens e serviços e no desenho de estratégias de desenvolvimento. Com base no pressuposto que a intervenção do Estado no sistema económico, não só não atingiu os resultados esperados, como também aumentou em demasia a despesa do sector público, na década de 1980 verifica-se uma tentativa de retorno à lógica inerente ao *Estado Guarda-Noturno*. Vinga a ideia de que a melhor contribuição que as políticas públicas podem dar do ponto de vista do desenvolvimento consiste em diminuir ao mínimo a ingerência do Estado na economia, procurando promover-se processos de liberalização, desregulamentação e privatização como vias incontornáveis para o desenvolvimento e para uma utilização mais *racional* dos recursos. No virar de século, porém, começa a revalorizar-se a intervenção pública numa diversidade de processos relevantes para o desenvolvimento social e económico da sociedade, capaz de garantir consensos entre os diversos agentes (reconhecendo a importância crescente da sociedade civil) e colocando o cidadão no centro dos processos de tomada de decisão. É certo que em muitas situações a *diabolização* do Estado ainda é visível em muitos palcos e, por isso, a preferência por instrumentos baseados em mecanismos de mercado com vista a uma utilização mais *racional* dos recursos (ou seja, procurando a otimização dos meios ou a maximização dos fins) ainda tende a imperar, colocando assim em causa o sentimento de justiça junto dos cidadãos. O título do artigo de opinião de Harker e Oppenheim (2010) – *Social justice must remain central to state policy: the argument for placing social justice at the heart of government policy has been won, but now must be led by values rather than 'what works'* –, que decorre da intenção da comissão de justiça social do governo britânico em reforçar uma maior ligação entre a necessidade de utilizar de forma mais racional os recursos existentes e a justa distribuição desses mesmos recursos, ilustra bem a preocupação

referem que as políticas do partido trabalhista focavam essencialmente os mais carecidos, em vez de procurarem eliminar as desigualdades injustas.

existente em torno destas questões e coloca em causa a capacidade atribuída aos mercados de, entregues a si mesmo, darem uma resposta satisfatória às necessidades sociais.

É amplamente referido na bibliografia que o debate em torno da ideia de justiça social fica marcado pelo trabalho realizado por John Rawls, quer na sequência do estudo pioneiro que lança em 1958 – *Justiça como Equidade* –, quer sobretudo no âmbito da obra *Uma Teoria da Justiça* que, lançada em 1971, consistiu na referência clássica para os debates que, desde então, se têm efetuado em torno desta temática¹⁴. De uma forma geral, Rawls procurou estabelecer os princípios morais que devem estar na base de uma sociedade justa. Neste contexto, justiça consiste na forma como as principais instituições sociais distribuem os direitos e deveres fundamentais e determinam a divisão de vantagens decorrentes da cooperação social. Por conseguinte, segundo Rawls, uma sociedade é justa se atender a dois princípios, frutos de um acordo unânime. O primeiro princípio, que garante liberdades individuais fundamentais, afirma que “cada pessoa deve ter um direito igual ao mais amplo sistema de liberdades básicas iguais que seja compatível com um sistema semelhante de liberdade para todos”¹⁵. Já o segundo, que assegura que as desigualdades sociais e económicas são distribuídas de forma a proporcionarem o maior benefício possível aos menos favorecidos, embora mantendo uma igualdade de oportunidades (Kukathas e Pettit, 2005), diz “as desigualdades económicas e sociais devem ser distribuídas por forma que, simultaneamente: a) redundem nos maiores benefícios possíveis para os menos beneficiados, de uma forma que seja compatível com o princípio da poupança justa; b) sejam a consequência do exercício de cargos e funções abertos a todos em circunstâncias de igualdade equitativa de oportunidades”. Ora, a última parte deste segundo princípio, designado por *princípio da diferença*, centra-se na ideia da equidade distributiva. No âmbito desta equidade na distribuição de recursos, Rawls invoca o que ele designa por *bens sociais primários* e que constituem “meios de carácter geral aptos a permitir alcançar fins diversos (quaisquer recursos que, em geral, se mostrem prestáveis para que as pessoas possam obter o que precisam, por muito variadas que possam ser estas precisões)” (Sen, 2010:107). Fazem parte destes os bens que todas as pessoas presumivelmente necessitam, independentemente da sua concepção de qualidade de vida, nomeadamente a liberdade, as oportunidades, o rendimento e a riqueza e as bases do respeito de si mesmo. De acordo com Kukathas e Pettit (2005), ao adotar a justiça como equidade, Rawls zela pelo bem-estar do grupo dos mais desfavorecidos, garantindo-lhes melhores condições face a qualquer outra alternativa existente¹⁶.

¹⁴ Consultar, *inter alia*, Kukathas e Pettit (2005), Craig et al (2008) e Sen (2010).

¹⁵ Para Rawls (1971), este primeiro princípio é prioritário em relação ao segundo princípio. A prioridade excessiva atribuída à liberdade foi questionada prontamente por outros autores (e.g. Hart, 1973), mas esta é uma discussão que não se insere no âmbito do debate que aqui se efetua.

¹⁶ Por isso mesmo, para Rawls, as desigualdades são admissíveis quando contribuem para maximizar as expectativas do grupo dos mais carenciados da sociedade.

É certo que o trabalho desenvolvido por Rawls deu lugar a um conjunto de críticas sobre o conceito que avança de justiça social, designadamente das correntes libertárias mais clássicas (e.g. Nozic, 1974) ou do comunitarismo (e.g. Sandel, 1982), no primeiro caso condenando o realce que Rawls atribui à questão da equidade (o que significa que Rawls permite que o Estado cometa *infrações* redistributivas) e, no segundo, questionando veemente as premissas básicas de que Rawls parte, em que as pessoas são independentes dos seus interesses e afetos particulares (ou seja, para esta corrente, Rawls anda erradamente à procura de princípios universais que sirvam de solução para problemas generalizáveis)¹⁷.

Um outro tipo de críticas ao trabalho desenvolvido por Rawls surge, porém, mais na forma como este discute a teoria da justiça, procurando encontrar a *perfeição* – leia-se, a sociedade justa – ao invés de tentar discutir critérios no âmbito de uma moldura comparativa para se encontrar uma alternativa *menos injusta*. Com efeito, este é o ponto de partida de Sen (2010) em *A ideia de Justiça*, em que faz a distinção entre a *perspetiva transcendental*, que se mostra alinhada com a tradição mais forte, e a *comparação centrada em realizações*. Procurando mostrar a potencial inviabilidade de se alcançar uma solução imparcial única que indique a sociedade perfeitamente justa, Sen narra a história de *três crianças e uma flauta*, cada uma apresentando argumentos para justificar o motivo de ficar com a flauta. A primeira criança, a Ana, reivindica a flauta pelo facto de ser a única dos três que sabe tocar, pelo que na sua ótica seria injusto não a atribuir à única pessoa que consegue tocar flauta. Já a segunda criança, o Bernardo, avança com o argumento de que é o mais pobre de todos e que não tem quaisquer brinquedos, ao contrário das outras duas crianças com mais brinquedos e possibilidades económicas para adquirir outros, pelo que a flauta seria algo com que finalmente conseguiria brincar. Por fim, a terceira criança, a Carla, lembra que esteve a trabalhar arduamente durante meses para construir a flauta com o trabalho das suas próprias mãos, pelo que no seu ponto de vista não é justo as outras duas crianças *expropriarem-lhe* a flauta. De acordo com Sen, a auscultação de cada uma das crianças de forma isolada dar-lhes-ia certamente razão. Mas a audição das três e dos respetivos raciocínios levanta dúvidas sobre qual a decisão a tomar relativamente a quem atribuir a flauta. À resposta dada por cada uma das crianças, Sen faz um paralelismo com determinadas correntes teóricas – utilitaristas (no caso de Ana), igualitários económicos (em relação a Bernardo) e libertários clássicos (no que respeita à Carla) –, vincando, apesar de tudo, que em qualquer dos casos cada corrente era capaz de perceber cada um dos pontos de vista. O ponto central nesta história, refere Sen (2010:53), “*consiste em ver que não é fácil atirar para um canto, por desprovidas de fundamento, qualquer uma destas pretensões, assentes respetivamente na busca da realização pessoal, na eliminação da pobreza ou na faculdade de fruir do próprio trabalho*”. Este autor mostra, portanto, que se está perante diferentes princípios que devem disciplinar a afetação de recursos e que podem ser defendidos de forma imparcial, colocando, conseqüentemente, em causa o processo conducente à sociedade justa defendido por Rawls.

¹⁷ Para um aprofundamento destas questões, consultar Kukathas e Pettit (2005).

Independentemente da perspectiva a adotar, um ponto central para um adequado entendimento da justiça, e sobre o qual se fundamenta a teoria de Rawls, cujo impacto do pensamento acaba por influenciar outras obras contemporâneas, é o de que a sua procura está ligada à ideia de equidade e, como menciona o próprio Sen (2010), em certo sentido terá de derivar dela. Por outro lado, ao atribuir importância à questão das desigualdades sociais e económicas e ao centrar a sua atenção nos bens primários, Rawls vem reconhecer a relevância de conceder às pessoas uma real igualdade de oportunidades. Equidade (distributiva de recursos) e igualdade de oportunidades andam, assim, de *mãos dadas* do ponto de vista concetual.

Partindo desta premissa, importa, pois, perceber o alcance de equidade. Curiosamente, uma primeira análise da bibliografia que se debruça sobre este conceito, independentemente da natureza disciplinar em que o debate se insere, tende a associar equidade precisamente à justiça social. A título de exemplo, Nicholls (2001:202) afirma *“the term equity refers to the fairness or justice of a situation or distribution”*. Hay (1995:500) faz a mesma ligação ao afirmar *“inequalities are in some sense inequitable, unfair and unjust, (...) and programmes should be judged on the extent to which they serve to eliminate or at least reduce (...) such inequalities”*. Com efeito, vários autores acabam por citar Rawls (1971) na sua definição de equidade, como é, por exemplo, o caso de Lucy (1981:448): *“How should one conceive of equity? Equity is an issue of distributive justice. It concerns what is fair (Rawls 1971)”*. Observa-se, pois, uma perspectiva circular do ponto de vista concetual. Por outro lado, o próprio conceito de equidade apresenta um carácter subjetivo, *“open to multiple, sometimes competing, interpretations”*, como sublinha Nicholls (2001:202)¹⁸. A este propósito, Lucy (1981) afirma que as conceções e aplicações do conceito de equidade variam com o assunto em mãos e as circunstâncias.

Os trabalhos desenvolvidos por Lucy (1981) e Nicholls (2001) apresentam-se como excelentes guias concetuais sobre diferentes formas de tipificar equidade. Acresce que o facto de focarem a sua atenção no tópico dos serviços e do ordenamento do território revela-se particularmente útil dado o tema em que esta dissertação se centra. Neste contexto, três óticas distintas sobre a noção de equidade na distribuição de recursos podem, desde logo, ser identificadas:

- Equidade numa ótica estrita de igualdade: *“equal pay per worker, equal rights for all citizens, equal services for all residents – equality is a concept that can be applied to many aspects of public affairs”* (Lucy, 1981:448).

De acordo com esta perspectiva, está-se perante a ideia de serviços iguais para todos os cidadãos.

Ora, dois problemas levantam-se logo à partida: por um lado, há uma impossibilidade física de

¹⁸ Refira-se, a título de curiosidade, que observações semelhantes surgem no âmbito do debate em torno do conceito de justiça social. Piachaud (2008:33), por exemplo, diz *“[social justice is a] ‘feel good’ term that almost all can subscribe to”*.

distribuir os serviços de forma equidistante de toda a população e, por outro, uma igualdade de recursos não implica uma automática igualdade de resultados;

- Equidade numa ótica baseada na procura ou em preferências: *“involves rewarding those who demonstrate an active interest in a service or facility, (...) through use”* (Nicholls, 2001:203). A distribuição de serviços na perspetiva da procura está associada ao seu uso¹⁹, bem como à noção de limiares mínimos para justificar a sua existência em determinados locais e, por maioria de razão, à densidade populacional (ideia de potencial procura). Fica, porém, por esclarecer como determinar esses mesmos limiares mínimos, em termos de quantidade e qualidade, para cada um desses serviços e quais as consequências da sua ausência em determinados locais com menor procura;
- Equidade numa ótica de necessidades: *“consistent with the idea that unequals should be treated unequally”* (Lucy, 1981:448). Com eco nos argumentos apresentados há mais de cinco décadas por Musgrave (1959) e associada, de certo modo, a um dos princípios fundacionais de Rawls (1971), esta ideia, no fundo, defende que aqueles que mais precisam de determinados serviços devem ter prioridade. A questão que aqui se coloca é a definição e a determinação das necessidades, que podem ser vistas de uma forma geral (e.g. baixo rendimento, pobreza) ou específica para cada serviço.

Importa salientar que, após a discussão em torno de formas distintas de concetualizar equidade, estes autores acabam por enfatizar a importância de se adotar a equidade na distribuição de recursos/serviços numa ótica de necessidades. Refira-se, aliás, que esta é uma tendência da bibliografia que se debruça sobre a questão da equidade²⁰. Por exemplo, Humphreys (1998:8) afirma a este propósito: *“(...) in the public services, different guiding principles, such as equitable treatment and the allocation of resources according to need, pervade the process of decision-making, management and provision”*.

Para Schmidt (1992), a discussão em torno do conceito de equidade distributiva coloca-se em muitas áreas de intervenção na sociedade e sempre que os recursos são escassos. É, aliás, neste contexto que se inserem as observações acima efetuadas sobre o modelo de governação/gestão pública atual que, de algum modo, procura encetar esforços no sentido de reforçar uma maior ligação entre a necessidade de utilizar de forma mais racional os recursos existentes e a justa distribuição desses mesmos recursos. Por isso mesmo, é facilmente perceptível que, no âmbito deste debate, seja profusamente referido que a formulação de políticas – para uma melhor ilustração, na procura de uma resposta à questão colocada por Lasswell (1950) *“who gets what, when, how”*? – envolve geralmente uma tensão entre equidade e eficiência (consultar, *inter alia*, Le Grand, 1990). Como referem Matania e Yaniv (2007:497), *“Therefore, people’s perceptions of the potential compromises between these two types of goals have been at the focus of theory and*

¹⁹ De acordo com Lucy (1981), a procura de um serviço expressa preferências, embora, em bom rigor, nem todas as preferências sejam expressas através do seu uso.

²⁰ Designadamente na área da saúde, como se terá oportunidade de observar na segunda parte da dissertação.

research in the area of social justice”. Na mesma linha de argumentação, Wickstrom (1992:101) menciona “*economic theories of justice, as a rule, contain at least two main ingredients: a principle of efficiency and a principle of equality or equity. The problem that is then normally analyzed, is how one principle should be weighed against the other when there is a conflict between them. For the analysis of this trade-off, the two principles, of course, have to be made specific. How this is done, determines the result of the analysis*”. Refira-se, por curiosidade, que o clássico ponto de partida de discussão em torno desta tensa relação, cuja decisão implica uma escolha (*trade-off*) consiste na obra desenvolvida por Okun (1975:120), *Equality and Efficiency: the Big Trade-off*, em que o autor afirma: “*The pursuit of efficiency necessarily creates inequalities. And hence society faces a trade-off between equality and efficiency (...) The conflict between equality and economic efficiency is inescapable*”.

Na verdade, esta tensão surge quando se está perante o seguinte potencial conflito: obtenção do máximo possível face aos recursos (limitados/escassos) existentes vs. distribuição desses recursos (e consequentes benefícios) de uma forma justa. Em sentido figurado, eficiência refere-se ao tamanho do bolo económico, enquanto equidade reporta-se à maneira como o bolo é dividido. A este propósito, Araújo (2002:23) diz: “*a prioridade da eficiência significa que o emprego de meios é avaliado em termos de maximização, ou seja, de capacidade de obter o maior rendimento possível a partir de um determinado conjunto de meios (genericamente, eficiência é a afectação de recursos aos seus empregos com o maior valor relativo); e essa prioridade implica orientações políticas muito diversas daquelas que seriam ditadas por uma primazia conferida à justiça, na qual o que conta é primordialmente a forma como o rendimento é repartido, a forma como a igualdade é verificada nas comparações intersubjectivas de resultados distributivos, independentemente da dimensão total daquele rendimento cuja maximização é missão da eficiência. (...) A incompatibilidade da prossecução simultânea destes dois objectivos – que também poderíamos designar aproximadamente como objectivos quantitativos e qualitativos de criação de riqueza – é em larga medida um resultado da escassez dos recursos que podem ser afectados a cada um deles*”.

Neste âmbito, coloca-se a seguinte questão: que combinações são possíveis de se fazer entre equidade e eficiência? Dito de outro modo, quanto se deve sacrificar de um ou de outro? Na resposta a esta questão, por maioria de razão, não é indiferente a intervenção do Estado (afetação de recursos) e o tipo de serviço em causa. Apesar de tudo, é possível abordar este assunto de uma forma geral, colocando a seguinte questão: quais os pressupostos da eficiência e qual o papel da equidade? As próximas linhas centrar-se-ão nesta questão tendo por base a *teoria da economia pública e do bem-estar*.

Poderá dizer-se que a conceção dominante de eficiência do ponto de vista económico consiste no *Ótimo de Pareto* (Buchanan, 2009). De uma forma geral, o *Ótimo de Pareto* (ou *eficiência de Pareto*) significa que se encontrou um estado de eficiência máxima da economia, correspondendo a uma situação de afetação de recursos em que é impossível uma nova reafetação de forma a melhorar o bem-estar de um indivíduo sem prejudicar simultaneamente qualquer outro (Johansson, 1991). Dito de uma outra

forma, o ótimo social corresponde a uma situação em que é impossível melhorar a posição de alguém sem prejudicar a de uma outra pessoa. Por isso mesmo, numa situação de concorrência perfeita, o mercado gera uma *eficiência de Pareto* que não necessita de intervenção pública. Com efeito, um *Ótimo de Pareto* equivale à satisfação de três princípios (Araújo, 2002):

- *Princípio da eficiência nas trocas* (equilíbrio parcial na procura): significa que, destinados os recursos e distribuídos os produtos através das trocas, quer uns quer outros ficam na posse daqueles que tinham maior disposição de pagar por eles, logo não é possível aumentar-se o bem-estar total agregado através duma continuação das trocas;
- *Princípio da eficiência na produção* (equilíbrio parcial na oferta): significa que os recursos produtivos existentes estão a ser usados da melhor forma possível, isto é, que a economia se encontra na sua Fronteira de Possibilidades de Produção;
- *Princípio da eficiência conjunta nas trocas e na produção* (equilíbrio geral): significa que há eficiência na criação da combinação de produtos correspondente às preferências reveladas dos consumidores, isto é, há um equilíbrio geral caracterizado por uma igualdade entre a oferta e a procura de cada bem e dos recursos produtivos, de forma que não se torna possível melhorar a situação de cada indivíduo sem piorar a situação de outro.

Resumindo, o equilíbrio de mercado corresponde a uma afetação de recursos eficiente que, por sua vez, resulta de um equilíbrio competitivo e uma distribuição de recursos iniciais. Porém, como refere Garcia (1988:13), “*o critério proposto por Pareto revelou os limites entre os quais é possível estabelecer comparações de bem-estar social, sem o recurso a valores morais. Aplicado esse critério, a Economia Política preservaria, enquanto ciência, sua neutralidade ética*”. Por outro lado, ao demonstrar que o equilíbrio de uma economia em concorrência perfeita conduzia ao máximo de bem-estar da sociedade, Pareto tornou preciso o conceito clássico da *mão invisível do mercado* preconizado por Adam Smith (Garcia, 1988), que parte essencialmente de dois pressupostos: “*that all effects relevant to the welfare of all individuals be properly priced on the market, and that perfect competition prevail in all economic activities*” (Mishan, 1976:4).

Há, no entanto, alguns problemas associados ao *Ótimo de Pareto*. Trata-se, desde logo, de um fim que não se consegue atingir, na medida em que o mercado apresenta falhas – designação que, como já salientado no capítulo anterior, abarca todo o tipo de perdas de eficiência resultantes do funcionamento espontâneo do mercado. Deste modo, na presença de falhas, o mercado não consegue funcionar em concorrência perfeita, como preconizado pela metáfora da *mão invisível do mercado* de Adam Smith, justificando-se, assim, uma intervenção pública. É certo que os defensores de uma atuação livre do mercado afirmam que, mesmo na presença de algumas falhas, o próprio mercado tem a capacidade de se autocorrigir (Leeson et al, 2006). Um argumento que não é novo, como relembra Stiglitz (2008): “*During the Great Depression, similar arguments were heard: the government need not do anything,*

because markets would restore the economy to full employment in the long run". Mas, como refere o mesmo autor, *"markets are not self-correcting in the relevant time frame"*, ao que acrescenta parafraseando Keynes: *"in the long run we are all dead"*.

Para além das imperfeições acima referidas, há outros dois problemas que o mercado não consegue resolver. Por um lado, o *Ótimo de Pareto* e o equilíbrio geral que ele pressupõe são independentes da distribuição de rendimentos. Como referem Vining e Weimer (2006:420), *"[Pareto efficiency] depends on the initial endowments of the members of society prior to the consideration of policies. Different initial endowments can result in different sets of Pareto efficient moves from the status quo"*. A letra da música *Werner von Braun* de Tom Lehrer, que se refere à obra do cientista alemão sobre o foguete V2 usado como arma de terror pelos nazis na Segunda Guerra Mundial (o cientista, sabendo claramente que estava a trabalhar em armamento, alegava que estava simplesmente envolvido em pura descoberta científica e que outros é que colocavam a tecnologia de foguetes para fins nefastos) – *"once the rockets go up, who cares where they come down? That's not my department, says Werner von Braun"* –, pode servir para ilustrar, de forma caricatural, esta relação entre o *Ótimo de Pareto* e a distribuição inicial de rendimentos. Com efeito, ocorrendo diferentes situações de procura (e.g. distribuição inicial de rendimentos iníqua), está-se na presença de uma desigualdade de oportunidades. Por outras palavras, mesmo que se consiga atingir a eficiência económica de acordo com o critério de Pareto, não significa que se verifique equidade na distribuição de recursos. Como salienta Buchanan (2009:43), *"ethical objections also apply to attempt to evaluate allocations using the paretian criteria for efficiency. An allocation may be pareto optimal, yet grossly unjust or unfair"*. Esta linha de argumentação sustenta, pois, a intervenção pública do ponto de vista *ético/moral* para ultrapassar a clivagem existente entre a eficiência económica e o bem-estar social.

Por outro lado, o *Ótimo de Pareto* assume uma determinada situação de procura sem a discutir, o que na realidade não acontece, já que as curvas da procura de determinados bens dependem, nomeadamente, de causas culturais, tais como a capacidade dos cidadãos usarem esses bens e tirarem partido deles. Acresce que, de uma forma geral, a procura de um determinado bem (ou a utilização de um determinado serviço) está associada ao valor que esse bem representa para o indivíduo (por outras palavras, a procura é demonstrada pela vontade de pagar por esse bem), que decorre, não só da utilidade desse mesmo bem para o indivíduo (ou seja, se satisfaz as suas necessidades), mas também das próprias restrições orçamentais do adquirente (isto é, limitando o conjunto das suas necessidades). Assim, a procura individual de um determinado bem/serviço poderá oscilar em função das próprias variações do rendimento existente (Araújo, 2002).

Importa referir que os problemas associados às disparidades económicas podem inclusive contribuir para a redução da eficiência na afetação de recursos. Este pressuposto, originalmente desenvolvido por

Abba Lerner (1944) e publicado na sua obra *The Economics of Control*, baseia-se na lei da *utilidade marginal decrescente*. De acordo com esta lei, à medida que um indivíduo consome cada vez mais de um bem, a utilidade marginal (ou adicional) diminui, em virtude de o prazer do consumo desse bem reduzir à medida que o seu consumo aumenta (Samuelson e Nordhaus, 2001). Os exemplos clássicos ilustrados na bibliografia incidem essencialmente em sapatos ou CDs: se uma pessoa tiver somente um par de sapatos, o benefício (ou satisfação) que recebe ao adquirir um outro par de sapatos é bem maior do que se a pessoa já tiver vinte pares. Ou seja, para o seu bem-estar, a utilidade marginal de adquirir o vigésimo-primeiro par é bem menor que a aquisição do segundo par. É partindo deste raciocínio que Shaw (1999) argumenta que o rendimento não é exceção a este princípio: a despesa de aumentos sucessivos de rendimento produz menos satisfação ou bem-estar que os incrementos prévios, em média e a longo prazo. É esta a razão que conduz Brandt (1979 *apud* Shaw, 1999:236-237) a fazer a seguinte observação: *“So a person, when deciding how to spend his resources, picks a basket of groceries which is at least as appealing as any other he can purchase with the money he has. The things he does not buy are omitted because other things are wanted more. If we double a person’s income, he will spend the extra money on items he wants less (some special issues aside), and which will give him less enjoyment than will the original income. The more one’s income, the fewer preferred items one buys and the more preferred items one already has. On the whole, then, when the necessities of life have been purchased and the individual is spending on luxury items, he is buying items which will give less enjoyment”*.

Facilmente se percebem, assim, as implicações distributivas associadas à utilidade marginal decrescente da riqueza: quanto mais se tem para gastar, menos utilidade se atribui ao que se adquire, o que implica que quem tem menores rendimentos adquire uma maior utilidade do dinheiro para gastos adicionais que quem possui rendimentos mais elevados. Deste modo, e recorrendo ao trabalho desenvolvido por Pigou (1920) em *The Economics of Welfare*, a utilidade agregada sairá maximizada se for retirada parte da riqueza dos mais ricos para os mais pobres. Por outras palavras, com a distribuição da riqueza pelas pessoas é possível maximizar o bem-estar total: *“it is evident that any transference of income from a relatively rich man to a relatively poor man of similar temperament, since it enables more intense wants, to be satisfied at the expense of less intense wants, must increase the aggregate sum of satisfaction. The old “law of diminishing utility” thus leads securely to the proposition: Any cause which increases the absolute share of real income in the hands of the poor, provided that it does not lead to a contraction in the size of the national dividend from any point of view, will, in general, increase economic welfare”* (Pigou, 2009:89). Importa, contudo, referir que a (re)distribuição de rendimentos pode, em último caso, gerar desincentivos ao crescimento económico e, consequentemente, provocar uma diminuição da eficiência a médio/longo prazo. Neste sentido, Lerner (1944:36) argumenta que deve haver um equilíbrio entre igualdade e incentivos: *“The principle of equality would have to compromise with the principle of providing such incentives as would increase the total of income available to be divided”*.

Discutidos os conceitos e a relação entre eficiência e equidade à luz da teoria da economia pública e do bem-estar – cujo conflito “*é uma das mais profundas questões acerca do valor com que uma sociedade se defronta*” (Samuelson e Nordhaus, 2001:178) – e realçada, uma vez mais, a importância da intervenção pública para garantir uma justa distribuição de recursos, coloca-se, agora, a seguinte questão: como tomar decisões políticas que levem em consideração a referida relação? Por outras palavras, como pode o Estado utilizar de forma *racional* os recursos (escassos) à sua disposição e simultaneamente atender a critérios de justiça social?

De uma forma geral, a formulação de políticas públicas implica a existência de análises baseadas em critérios técnicos, o que legitima do ponto de vista técnico-científico e jurídico a ação pública. Mas porque requer a gestão e a harmonização de objetivos não raro conflituosos por parte de múltiplos atores, por vezes inclusive a diferentes níveis de atuação e desigualmente posicionados (tanto em termos de recursos a mobilizar como da legitimidade de intervenção que se lhes reconhece), a sua formulação implica igualmente processos de decisão colaborativos. Sobre esta questão, Montibeller e Franco (2010:25) argumentam que “*the process of creating, evaluating and implementing strategic decision is typically characterised by the consideration of high levels of uncertainty, potential synergies between different options, long term consequences, and the need of key stakeholders to engage in significant psychological and social negotiation about strategic decision under consideration*”.

Os comentários tecidos no âmbito do modelo de governação/gestão pública mostram claramente uma tendência crescente no sentido de promover os referidos processos colaborativos entre atores distintos. Mas estes processos, como salientam Montibeller e Franco (2010), podem revelar-se complexos e com um elevado nível de incerteza quanto ao seu termo. Com efeito, exemplos amplamente referidos na bibliografia a este propósito podem ser encontrados nas políticas de transportes e infraestruturas: o investimento na construção de uma via de comunicação num determinado território produz significativos impactos sociais, económicos e ambientais, distribuídos espacialmente – a sua estruturação e configuração pode produzir impactos, não só sobre os cidadãos, empresas e recursos naturais localizados na sua envolvente (*impactos diretos*), mas também em toda a região (*impactos indiretos*). Neste caso, conflitos de natureza técnica e entre diferentes atores podem surgir devido a consequências desequilibradas, ou seja, atrativas face a determinados critérios e negativas perante outros (consultar, por exemplo, Bana e Costa, 2001; Bana e Costa et al., 2001; Nijkamp et al, 2002)

Como, então, atuar perante estas situações? Como tomar decisões desta natureza, reconhecendo a complexidade das mesmas? Sobre este assunto, Dobes e Bennett (2009:8) argumentam o seguinte:

“Individuals make decisions about the use of their limited resources with the aim of maximising personal happiness. The expectation is that governments do the same but with respect to the well-being of the community as a whole. However, the task of governments is more complex, because they inevitably need to balance the conflicting wishes and wants of many different individuals in society. They also need to take account of spill-overs that one particular section of society may inflict on others”.

Ora, no processo de tomada de decisão de políticas públicas, os métodos mais usados sempre que se procura decidir se as vantagens de uma ação específica prevalecem sobre as desvantagens consistem nas análises *custo-efetividade* (ACE), *custo-benefício* (ACB) e *multicritério* (AMC) (Nijkamp et al, 2002; DCLG, 2009; Bakker et al., 2011; Bana e Costa e Bainat, 2011).

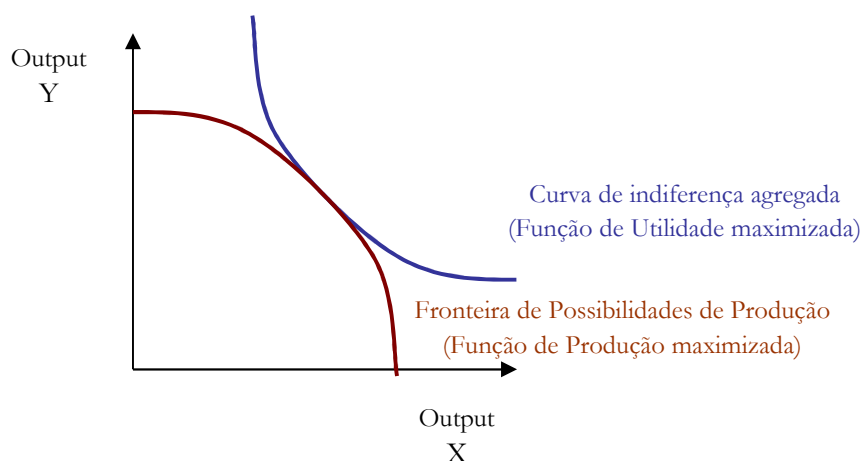
De uma forma geral, os dois primeiros casos (ACE e ACB) correspondem a formas analíticas de comparar diferentes recursos (*inputs*) ou resultados (*outputs*) através da atribuição de valores monetários baseados no mercado, sendo a ACE considerada como mais incompleta do que a ACB, *“uma vez que se compara somente um efeito (principal) relativamente aos custos e se ignoram outros benefícios”* (Bakker et al., 2011:724). Para se compreender um pouco melhor estes métodos, atente-se à forma simples e esquemática como Layard e Glaister (1994:1) colocam a questão: *“The basic notion is very simple. If we have to decide whether to do A or not, the rule is: Do A if the benefits exceed those of the next best alternative course of action, and not otherwise. If we apply this rule to all possible choices, we shall generate the largest possible benefits, given the constraints within which we live”*. Do ponto de vista da política pública, tal significa que a intervenção é justificada se o resultado da análise efetuada mostrar que o benefício social líquido é maior do que os custos (no caso de se estar perante um determinado investimento como o exemplo acima referido da via de comunicação) ou que o excedente total²¹ é positivo, logo motivando uma interposição no mercado. Neste caso, os benefícios para o cidadão baseiam-se na sua vontade de pagar, traduzida pela sua *Função de Utilidade*²², enquanto os custos são o montante de compensação exigido para anular as

²¹ O *excedente total* é o valor agregado de duas diferenças (Araújo, 2002): por um lado, o que separa a vontade de pagar dos consumidores daquilo que efetivamente pagam (*excedente do consumidor*) e, por outro, o que separa aquilo que os produtores recebem da sua respetiva vontade de vender (*excedente do produtor*). O que equivale a dizer que o excedente total é o somatório da diferença entre o valor e o preço, da parte dos consumidores, com a diferença entre o preço e o custo, da parte dos produtores. Assim, de forma simples, o excedente total corresponde à diferença entre o valor para os consumidores e o custo para os produtores.

²² A *Função de Utilidade* pode ser definida através da representação de *curvas de indiferença*. Estas curvas mostram, para uma utilidade constante, as diferentes combinações de determinados bens (*outputs*) que o consumidor pode efetuar. Como é possível verificar na Fig. 5, todas as combinações são desejadas de igual modo e o consumidor fica indiferente qualquer que seja a combinação consumida. Claro que qualquer consumidor prefere consumir o máximo de quantidade possível de cada *output*, pelo que quanto mais para noroeste se encontrar a *curva de indiferença*, maior o seu bem-estar. Similarmente, a *Função de Produção* indica, para um conjunto de *inputs* (recursos) fixos, uma curva de combinações de *outputs* (produtos ou serviços). A combinação ótima desses *outputs* designa-se *Frenteira das Possibilidades de Produção* (FPP). Dito de outro modo, a FPP mostra todas as distribuições eficientes no conjunto de possibilidades de produção. Similarmente aos consumidores, também os produtores desejam produzir mais, pelo que quanto mais para Noroeste se deslocar a curva maior o seu bem-estar.

consequências negativas (Santinha, 2004). Parte-se, portanto, do princípio de que se conhece, quer a curva da procura agregada dos consumidores para a questão em análise, quer a curva da oferta dos produtores atendendo aos preços reais ou de eficiência ótima (*preços sombra*). A próxima figura esquematiza de forma simples esta relação.

Fig. 1: As Funções de Produção e de Utilidade



Fonte: Santinha (2004)

A utilização desta abordagem revela-se, pois, essencial nos processos de formulação de políticas públicas, na medida em que permite pesar os prós e contras de uma determinada intervenção com base nos custos e nos benefícios sociais coletivos (Dobes e Bennett, 2009). Importa, contudo, referir que quando se pensa nas atividades conduzidas pelo Estado pode igualmente questionar-se se a sua intervenção conduz sempre à eficiência. Com efeito, da mesma forma que o mercado apresenta imperfeições, é também possível encontrar falhas associadas à intervenção do Estado. De acordo com Samuelson e Nordhaus (2001), a falha do Estado acontece quando as suas acções não conduzem à melhoria da eficiência económica ou quando redistribui o rendimento de forma injusta. Exemplos dessas falhas apontados pelos autores são a perceptível dificuldade de manutenção de compromissos de longo prazo e a pouca seletividade que apresenta, que, por sua vez, gera a proteção da ineficiência e de rotinas.

Como já mencionado, a intervenção pública deve ocorrer, não só perante a existência de falhas de mercado, mas também por motivos de uma distribuição não equitativa de rendimentos. No entanto, como refere Mishan (1976:14), apesar de a ACB permitir seleccionar *“projects and programmes that are estimated to produce an excess of social benefit over resource cost and, indeed, of opportunity cost”*, a sua perspectiva tradicional não considera os aspetos distributivos dos resultados alcançados. Com efeito, uma das críticas apontadas à ACB é o facto de na sua forma tradicional considerar, como sublinham Drèze e

Stern (1994:62), “*a dollar is a dollar is a dollar’ (...) which says that all welfare weights (in terms of social marginal utilities of income) are equal*”. Neste caso, o processo de elaboração de uma ACB não deve consistir somente em somar os custos e os benefícios e chegar a um veredito. Deve, também, determinar quem suporta os custos e quem auferir os benefícios, prever a distribuição de benefícios para tornar o projeto socialmente aceitável ou recalculá-los os benefícios e custos tendo em conta os aspetos distributivos. Segundo Fleurbaey e Maniquet (2011), a solução pode passar pela definição de uma *função de bem-estar social* de Bergson-Samuelson (que permite, a partir das diferentes utilidades individuais, chegar a um indicador agregado da utilidade para o conjunto da sociedade) com diferentes pesos relativos de recursos (*inputs*) para diferentes grupos de indivíduos, refletindo, por exemplo, o seu rendimento e a sua região²³. Desta forma, o decisor pode inclusive efetuar duas análises complementares: uma consoante o grupo de indivíduos em estudo e uma final em que soma os proveitos relativizados (negativos ou positivos) de todos os grupos.

Apesar das vantagens reconhecidamente assumidas na utilização da ACB para a qualidade da tomada de decisões, diversos autores sublinham algumas debilidades associadas a este método, seja pela dificuldade em traduzir monetariamente determinados efeitos, seja pelo custo da investigação necessária para calcular determinados valores monetários na ausência de informação direta dos preços de mercado (consultar por exemplo DCLG, 2009; Bakker et al., 2011). É partindo destes fatores que diversos estudos recomendam e consideram a AMC nos processos de tomada de decisão, nas mais diversas áreas de atuação (consultar, a título de exemplo, Zopounidis & Doumpos, 2002; Figueira et al., 2005), em alguns casos inclusive como método complementar à ACB (DCLG, 2009; Bakker et al., 2011). Por curiosidade, exemplos recentes da sua utilização no domínio do ordenamento do território podem ser encontrados, quer no âmbito do Programa ESPON – no qual foi desenvolvida o TEQUILA Model para analisar o impacto territorial de determinadas políticas (Camagni, 2006; Camagni & Lenzi, 2010) –, quer no domínio governamental, destacando-se a este propósito o manual desenvolvido em 2000 e reeditado em 2009 no Reino Unido pelo *Department for Communities and Local Government* sobre como usar e tirar partido deste método nos processos de tomada de decisão de políticas públicas (DCLG, 2009).

²³ A *função de bem-estar social* de Bergson-Samuelson (Bergson, 1938; Samuelson, 1947) é aqui mencionada somente como exemplo para chamar a atenção para o facto de que a ACB também pode adotar uma perspetiva (não tradicional) que contemple a ótica da equidade. Curiosamente, o próprio Bergson (1966:66) inclui na sua argumentação a ideia de equidade: “*The optimum income distribution... is not determined by an empirical comparison of marginal social welfare per dollar among different households. Rather it is determined by the rule of equity, which itself defines social welfare in the sphere of income distribution*”. A discussão em torno destas questões não se insere, porém, nos propósitos desta investigação. Para um aprofundamento, consultar, *inter alia*, Johannesson (1996), Fleurbaey e Maniquet (2011) e Weymark (2013).

De acordo com Bakker et al. (2011), a AMC pode ser encarada como um método de apoio à tomada de decisões políticas em situações de incerteza, sendo apropriada para encontrar uma ordenação de alternativas para análise com base num amplo conjunto de critérios de decisão, devendo estes, por sua vez, ser mensuráveis – mesmo que numa escala nominal dicotómica (e.g. sim/não, presente/ausente). Refletindo sobre o conhecimento e as opiniões de diferentes agentes num quadro prospetivo (não raro lidando com situações de conflito), frequentemente são utilizados procedimentos de ponderação para se chegar a uma determinada solução. De um ponto de vista operacional, e de forma a facilitar a análise, os critérios e as ponderações são colocados numa matriz de análise. Recorrendo a um exemplo de políticas integradas de transportes, Bakker et al. (2011:731) apresentam uma tabela que procura ilustrar de forma simples e esquemática a referida matriz (Fig. 2).

Fig. 2: Matriz analítica de uma AMC

<i>Alternativas</i>	<i>Custos</i>	<i>Danos ecológicos</i>	<i>Acessibilidade</i>
Rota 1			
Rota 2			
Rota 3			
Pesos dos Critérios	W1	W2	W3

Fonte: Adaptado de Bakker et al. (2011:731)

É certo que também este método não está isento de críticas na bibliografia existente (consultar, *inter alia*, Coleman, 2009). Uma das críticas frequentemente apontadas reside no processo de escolha dos agentes para a determinação dos fatores de ponderação (ou mesmo dos próprios critérios), seja através da auscultação de peritos, seja via *focus-groups* ou mesmo por intermédio de entrevistas a determinados grupos de interesse, motivando, por isso mesmo, uma solução com um elevado potencial de enviesamento. Embora tal ocorrência possa ser minimizada caso os agentes sejam escolhidos objetivamente (através, por exemplo, de amostragem), a crítica aponta para o facto de os resultados dependerem muito da própria motivação dos agentes na temática ou no projeto em causa. São estas limitações de objetividade que levam autores como Roy (2005:17) a afirmar “*we cannot hope to prove scientifically, in a decision making context, that a given decision is the best. In other words, it is impossible to consider that in every situation there exists, somewhere, the right selection, the right assignment, the right ranking*”.

Mas também não é menos verdade que, ao levar em consideração os valores e conhecimentos de diferentes agentes, a AMC ajusta-se bem ao desenvolvimento de parcerias, facilitando a criação de soluções de consensos, fator preponderante do ponto de vista da formulação de políticas públicas,

como já salientado e que se encontram no âmago dos debates mais recentes sobre a relação do Estado com os outros agentes.

Discutida a justiça social (na ótica da equidade distributiva) e a utilização racional de recursos (na ótica da eficiência na sua afetação) e apresentados exemplos sobre como tomar decisões políticas que levem em consideração a relação entre estes princípios, importa agora acrescentar a este debate a dimensão territorial por via do princípio de coesão territorial. É precisamente sobre esta questão que o próximo subcapítulo se centra.

2.2. Coesão Territorial²⁴

2.2.1. A dimensão territorial nas políticas públicas: rumo à Coesão Territorial

De uma forma crescente, a dimensão territorial tem vindo a assumir visibilidade na formulação de políticas públicas. A título de exemplo, uma análise dos trabalhos produzidos pela OCDE (2001, 2009a, 2009b, 2009c) ou pelo Banco Mundial (2009) mostra como estas instituições de referência à escala mundial sublinham a importância de abordagens de base territorial como fatores essenciais na formulação de políticas públicas. No quadro concreto das políticas da Comissão Europeia (CE), quer ao nível específico do ordenamento do território (uma matéria em relação à qual, refira-se, a UE não tem competências formais), quer por intermédio da Política Regional e de Coesão (o principal instrumento da UE para perseguir um desenvolvimento harmonioso do espaço europeu), esta questão é igualmente visível, tendo sido inclusive adotado recentemente o princípio da *coesão territorial* como o novo paradigma de desenvolvimento do território europeu²⁵. A importância que este princípio tem adquirido tem sido tal que autores como Faludi (2010a:59) argumentam inclusive: *“Territorial cohesion should render EU policies generally, and not just cohesion policy, more coherent, and thus more effective. Coherence of policies as they affect space, or territory, thus represents the added value and rationale of spatial planning/territorial cohesion policy”*.

A noção de coesão territorial advém de um dos conceitos pilares da Política Regional europeia – o da *coesão*. Com efeito, desde a sua origem que a UE tem por missão promover um desenvolvimento harmonioso das atividades económicas pela redução das disparidades entre as diversas regiões e do atraso das menos favorecidas (Tratado de Roma, 1957). Uma missão que adquiriu uma maior relevância por intermédio de Jacques Delors em 1986 com a adoção do Acto Único Europeu, estabelecendo uma política comunitária de *coesão económica e social* a fim de contrabalançar os efeitos da realização do mercado interno nos Estados-membros menos desenvolvidos e de atenuar as discrepâncias de desenvolvimento entre as regiões. Sem alterar a base e os objetivos da sua génese, com o passar do tempo esta política foi sendo redesenhada: se, numa fase inicial, a sua concretização na procura da diminuição das assimetrias regionais efetuava-se com base numa distribuição equitativa dos fundos comunitários, posteriormente constatou-se que nem sempre isso aconteceu (Santinha et al,

²⁴ Ainda que com algumas alterações, partes deste capítulo foram já publicados em Santinha e Marques (2012) e Santinha (2014).

²⁵ Embora a terminologia *coesão territorial* surja essencialmente no âmbito de (e é fortemente influenciada por) a agenda europeia, a noção e os pressupostos que evoca têm igualmente sido abordados noutras sedes, como os já mencionados exemplos da OCDE e do Banco Mundial, embora sob outras designações, em comum defendendo as abordagens de base territorial como elemento essencial na formulação de políticas públicas. Pela forma como a agenda política europeia influencia os estados membros (seja do ponto de vista discursivo, seja por intermédio dos fundos comunitários), e sem prejuízo das ilações que se possam retirar de documentos elaborados noutras sedes, procura-se efectuar aqui a reconstituição da narrativa europeia na adopção do princípio de coesão territorial.

2009). Os trabalhos desenvolvidos por Martin (2003) e pela própria CE (CEC, 2008) são esclarecedores desta questão, mostrando que ao longo dos tempos, embora as desigualdades entre Estados-membros tenham diminuído (em valores de PIB per capita), as disparidades entre regiões NUTS II dentro de cada estado-membro aumentaram, contrariando, assim, os objetivos de base para os quais a Política de Coesão foi desenhada. Surgindo formalmente com o Tratado de Amesterdão (1997), o princípio de coesão territorial vem dar corpo a esta preocupação com as disparidades, procurando incutir a importância do território na agenda política, não só europeia, mas também de cada estado-membro: *territory matters* é uma expressão que passa a ser recorrente nas diversas políticas e relatórios de orientação comunitária.

Se é certo que o conceito surge formalmente no *Tratado de Amesterdão*, com o principal intuito de moderar os efeitos associados à (tendência de) liberalização dos Serviços de Interesse Geral (Faludi, 2010a), não é menos verdade que há cinco episódios institucionais recentes que marcam um *ponto de não retorno* na adoção do princípio de coesão territorial do ponto de vista da política pública:

- A publicação da *Agenda Territorial da União Europeia – para uma Europa mais competitiva baseada na diversidade das suas regiões* e da *Carta de Leipzig sobre as Cidades Europeias Sustentáveis*, em 2007, que defendem “a necessidade da dimensão territorial desempenhar um papel mais importante na futura política de coesão a fim de promover o bem estar social e económico”, adotando como tarefa futura o reforço da coesão territorial²⁶;
- O lançamento do *Livro Verde sobre a Coesão Territorial*, em 2008, que afirma que a “coesão territorial é um factor de conversão da diferença em vantagem, contribuindo, assim, para o desenvolvimento sustentável de toda a EU”;
- A inclusão da coesão territorial no *Tratado de Lisboa*, que entra em vigor em 2010 (completando o processo lançado em 1997 pelo Tratado de Amesterdão), enquanto 3º pilar de atuação a par da coesão económica e da coesão social;
- A publicação do *5º Relatório sobre a coesão económica, social e territorial*, em 2010, que representa o primeiro relatório pós Tratado de Lisboa que acrescenta a coesão territorial aos outros dois objetivos de coesão económica e social (aliás, patente na própria designação do relatório);
- O desenho da *Estratégia Europa 2020*, adotada em 2010 com o intuito de relançar a economia europeia e dar um novo fôlego à *Estratégia de Lisboa* (2000), que estabelece três prioridades para a Europa no horizonte de 2020, mencionando numa delas a necessidade de assegurar a coesão territorial.

²⁶ Entretanto, em 2011 é lançada a nova Agenda Territorial – *TA2020 Towards an Inclusive, Smart and Sustainable Europe of Diverse Regions* – na qual é referido logo no título do primeiro ponto: “*Territorial cohesion is a common goal for a more harmonious and balanced state of Europe*”.

São episódios recentes de um longo debate no seio das políticas da CE, no qual têm participado diversas instituições. A título de exemplo, veja-se o número de comentários que surgiram no processo de consulta pública sobre o Livro Verde sobre a Coesão Territorial que, embora possa ser considerado relativamente pequeno face ao pretendido numa consulta europeia, não deixa de ser demonstrador de uma participação alargada aos diversos países, sendo capaz de englobar diversas esferas de atuação. Sobre esta questão, Salez (2009:11) refere o seguinte: *“This debate, launched on a Commission web site, produced a frenzied response that exceeded all expectations, attracting around 390 contributions. It involved institutions and members of the public well beyond the usual audience of experts and institutional players in the field of spatial planning”*.

Este recrudescimento do interesse na dimensão territorial das políticas públicas advém muito do trabalho desenvolvido desde a década de 1990 no âmbito do ordenamento do território, evidenciando o quão pode ser importante para se atingirem os objetivos de coesão tendo em conta a diversidade territorial no espaço europeu (Iónica, 2007). Sem competência formal na CE em matéria do ordenamento do território, durante vários anos os defensores do princípio de coesão territorial optaram por uma estratégia didática, com uma dupla abordagem (Jouen, 2008): uma vertente prática/operativa, através por exemplo do programa comunitário INTERREG (com uma visão de ordenamento transnacional), e uma vertente mais concetual, na procura de uma visão estratégica comum para o conjunto do espaço europeu capaz de orientar as políticas públicas com impacto em todas as escalas (da europeia à local)²⁷. Foi neste sentido que se sucederam um conjunto de estudos académicos, como o *Europe 2000* (1991), o *Europe 2000+* (1994) e, em antecipação à entrada de 12 novos membros na UE, o *EDEC: Esquema de Desenvolvimento do Espaço Comunitário*, fator chave para *“afirmar uma visão estratégica de ordenamento supranacional do território comunitário”* (Ferrão, 2004:48). Documentos aprovados, sublinhe-se, em reuniões informais por parte dos ministros do ordenamento do território e desenvolvimento regional dos Estados-membros, pelo que, quer o vocabulário adotado, quer o conteúdo estratégico definido, constituíram o resultado de um compromisso político.

Refira-se que estes encontros informais intergovernamentais tinham, de certa forma, um referencial anterior: a CEMAT (Conferência Europeia dos Ministros do Ordenamento do Território), constituída pelos representantes dos 47 Estados-membros do Conselho da Europa, e cujo objetivo último consiste no ordenamento do território europeu. Criada em 1970, e passando desde então a funcionar numa base informal, a CEMAT constituiu a primeira plataforma de discussão de temáticas relacionadas com

²⁷ Com efeito, este facto vem sublinhar a importância de formular políticas públicas capazes de promover a coesão territorial, com a consciência de que um território europeu coeso não surge automaticamente pelas *forças de mercado* (Jouen, 2008), na medida em que *“in the absence of corrective policies, the diversity of territories may easily lead to important disparities, often cumulative, in the physical and human capital endowment of those territories, ultimately resulting in significant divergences in terms of relative wealth, population densities and demographic flows which exacerbate the already divergent economic growth trends”* (CEC, 2004a:8).

o ordenamento do território ao nível europeu (ESPON, 2007), desempenhando “*um papel essencial de “regresso do planeamento”, ao apostar na necessidade de um planeamento indicativo e estratégico para o conjunto do espaço europeu como forma de garantir uma melhor coordenação das várias políticas sectoriais e um desenvolvimento mais sustentável da Europa*” (Ferrão, 2004:46). No âmbito da temática aqui em discussão, convém fazer menção a um dos trabalhos pioneiros desenvolvidos no âmbito do CEMAT: a *Carta Europeia do Ordenamento do Território* (Carta de Torremolinos, 1983), que estabeleceu princípios para as políticas nacionais e europeias com vista a um melhor ordenamento do território dos então 22 Estados-membros do Conselho da Europa. A sua relevância fica patente nas palavras de Williams (1996:80): “*The charter sought to promote the idea that planning had a role to play at all spatial scales from local to European, that it should form part of the responsibilities at local, regional, national and European levels, that it should seek co-ordination between policy sectors, and that it should be democratic and participatory. A number of specific planning issues in urban, rural, regional, coastal, mountain and frontier areas were identified in order to demonstrate the need for planning policies*”.

No que respeita aos estudos académicos acima referidos, pela sua relevância para o ordenamento do território e pelo seu impacto político e científico, importa aqui destacar o EDEC, quer enquanto documento (e processo) chave em torno do próprio conceito de coesão territorial²⁸, quer enquanto elemento demonstrador da importância da dimensão territorial nas políticas públicas. Amplamente reconhecido e mencionado na arena académica e política, o EDEC representa um momento crítico na emergência de um novo discurso europeu sobre o ordenamento do território (Richardson & Jensen, 1999; Espon, 2007a). Um processo de aprendizagem mútua desenhado por uma mistura de diferentes culturas de ordenamento do território e que contribuiu para uma alteração no método e na agenda das políticas de ordenamento do território (Albrechts et al., 2001), significando uma deslocação de abordagem típica de regulação e uso do solo para uma maior ênfase nas políticas e estratégias de ordenamento do território (Böhme, 1998). Por outro lado, o EDEC sublinha a diversidade territorial que pauta o espaço europeu, o que, embora seja um facto a potenciar, também não deixam de causar problemas acrescidos a falta de articulação existente e os desequilíbrios verificados entre os diferentes territórios²⁹, o que por sua vez levanta preocupações ao nível da equidade e da capacidade de tirar partido do potencial de todo o território europeu (Faludi & Waterhout, 2005).

Com efeito, o EDEC constituiu um bom instrumento para os passos que se seguiram de forte cooperação entre diferentes atores e enquanto encorajamento de novas formas de discussão em que a

²⁸ Embora não o refira especificamente, a sua relação é reconhecida pela própria DG REGIO (CEC, 2004a:3): “*in order to promote territorial cohesion, in 1999 the ministers responsible for spatial planning adopted the European Spatial Development Perspective (ESDP)*”.

²⁹ Avança inclusive com a ideia do *Pentágono central europeu*, isto é, o espaço compreendido entre Londres-Paris-Milão-Munique-Hamburgo, como a área territorial comunitária mais desenvolvida e com mais competências.

dimensão territorial ganha importância na formulação de políticas públicas em diferentes níveis de decisão (comunitário, nacional e regional). As consequências do EDEC foram particularmente visíveis ao nível comunitário, quer do ponto de vista estratégico, quer numa perspetiva mais operacional, mas também em alguns Estados-membros as influências fizeram-se sentir.

Ao nível comunitário, ao “*disponibilizar um referencial estratégico para o desenvolvimento do espaço europeu*”, o EDEC produziu impactos relevantes imediatos na elaboração de políticas comunitárias e na aplicação dos fundos estruturais para o período 2000-2006 (Ferrão, 2004:50). De facto, é notória a sua influência no 2º Relatório sobre a Coesão Económica e Social (CEC, 2001c), no qual é sublinhada a existência de disparidades territoriais no espaço europeu e feita uma referência explícita à questão da coesão territorial, em consonância com o primeiro princípio diretor do EDEC – *desenvolvimento espacial policêntrico e equilibrado na UE* (Ferrão, 2004). Importa aqui mencionar o papel crucial que o Comissário Michel Barnier desempenhou neste processo, influenciando a adoção do princípio de coesão territorial em textos oficiais, como sejam este 2º Relatório ou, previamente, o Tratado de Amesterdão (1997). A sua adoção serviria inclusive como pretexto para a CE ultrapassar o problema da falta de competências formais em matéria de ordenamento do território e, assim, atribuir oficialmente uma importância à dimensão territorial (Faludi, 2009). Ainda no campo da influência estratégica do EDEC em termos de documentos e instituições ao nível comunitário, é possível encontrar-se referências substanciais aos seus princípios no relatório seguinte da Política de Coesão (que, por sua vez, ia ganhando cada vez mais preponderância como resposta a questões inerentes às disparidades existentes e à integração de novos países), o 3º Relatório sobre a Coesão Económica e Social (CEC, 2004d), no qual é mencionado o desenvolvimento policêntrico e sublinhada a importância da coesão territorial para o desenvolvimento do espaço europeu.

Apesar de tudo, convém sublinhar que, embora seja notório um crescente interesse na dimensão territorial por parte da CE, designadamente no que respeita à adoção do princípio de coesão territorial, a sua posição não deixa de ser marginal quando comparada com outras dimensões oriundas da *Estratégia de Lisboa* (2000; 2005), como sejam a competitividade, a inovação e o emprego (Salez, 2009). Esta *Lisbonização* da agenda em muito foi influenciada pelo relatório produzido pelo economista André Sapir (2003) para a CE (*An agenda for a growing Europe*), afirmando categoricamente que a UE deveria dar prioridade ao crescimento económico se, de facto, queria tornar-se competitiva face aos Estados Unidos da América e a outras economias emergentes e converter-se na economia mais dinâmica do Mundo. O resultado mais notório verificou-se no 4º Relatório sobre a coesão económica e social (CEC, 2007d) – cujo título sugere a forte influência do relatório Sapir (*Growing regions, growing Europe*) – em que o princípio de coesão territorial perde inclusive alguma notoriedade, sendo apresentado somente do ponto de vista analítico.

Por outro lado, ao apontar para a dificuldade existente na cooperação intersectorial das diferentes direções gerais da CE e para a necessidade de uma articulação entre os diferentes níveis institucionais (desde a comunitária à local), o EDEC é referenciado no *Livro Branco da Governança Europeia* (CEC, 2001b) enquanto um dos quadros orientadores para uma melhor coordenação entre as políticas sectoriais da CE e dos Estados-membros. Sobre esta questão é referido que “*é necessário abordar o impacto territorial das políticas da União Europeia em áreas como os transportes, a energia ou o ambiente. Estas políticas deverão fazer parte de um todo coerente, como referido no segundo relatório sobre a coesão; dever-se-á evitar uma lógica demasiado sectorial. Da mesma forma, deverá ser assegurada a coerência entre as decisões adoptadas a nível regional e local e um conjunto mais amplo de princípios de base para um desenvolvimento do território mais sustentável e mais equilibrado na União*” (CEC, 2001b:15). Ainda mais relevantes foram os resultados obtidos sobre esta questão por Stead e Waterhout (2008) nas entrevistas que efetuaram nas várias direções gerais da CE sobre a influência do EDEC no seu *modus operandi*. A ideia geral é a de que o reforço da importância da dimensão territorial na formulação das políticas públicas, proporcionando consequentemente um maior número de questões em comum e uma melhor divisão de responsabilidades, fortaleceu as ligações entre as diferentes direções gerais.

Paralelamente a estas consequências comunitárias do ponto de vista estratégico, o EDEC teve influência num âmbito de intervenção mais alargado (pan-europeu): a já referida CEMAT aprova, em 2000, o documento *Guiding Principles for Sustainable Spatial Development of the European Continent*, que “*adopta para todo o espaço europeu, com ligeiras adaptações à especificidade dos países de leste, os princípios e a visão do EDEC*” (Ferrão, 2004:50). Ao terem por base, também, a *Carta de Torremolinos*, estes princípios orientadores têm como objetivo último a harmonização entre as expectativas económicas e sociais em relação ao território, contribuindo assim para um desenvolvimento territorial equilibrado. Refira-se, inclusive, que o primeiro dos dez princípios orientadores que elencava visava a promoção da coesão territorial por intermédio de um desenvolvimento económico e social mais equilibrado das regiões e de uma maior competitividade. Curiosamente, e à semelhança do EDEC, um dos seus princípios diretores (“*promoção da coesão territorial através do desenvolvimento económico e social equilibrado das regiões e da melhoria de competitividade*”) também produz efeitos no 2º Relatório sobre a coesão económica e social (Ferrão, 2004).

Numa perspetiva mais operacional, o EDEC forneceu um excelente impulso para o desenvolvimento de dois instrumentos promotores da cooperação territorial no âmbito da UE. Por um lado, verificou-se o lançamento, menos de um ano depois, da iniciativa INTERREG III nas suas três vertentes (transnacional, transfronteiriça e inter-regional), indicando uma forte influência do EDEC ao nível dos conceitos, princípios e estratégias (Stead & Waterhout, 2008; Salez, 2009). Por outro lado, foi criado o *European Spatial Planning Observatory Network* (ESPON), que consiste num programa de investigação que

apoia a realização de estudos de base territorial, seja numa ótica de análise de disparidades territoriais, seja do ponto de vista da formulação de políticas mais adequadas ao desenvolvimento territorial da Europa. A experiência mostra que os estudos desenvolvidos no âmbito do ESPON (que, embora mantendo o mesmo acrónimo, curiosamente alterou a sua designação para *Observation Network for Territorial Development and Cohesion*, enfatizando portanto a questão da coesão territorial) têm sido bastante úteis. Veja-se, a título de exemplo, os estudos *Territory Matters for Competitiveness and Cohesion* (2006) e *Scenarios on the Territorial Future of Europe* (2007) que permitiram, por um lado, capitalizar informação bastante rica e diversa, por outro, sublinhar a importância da dimensão territorial na formulação de políticas públicas e, por fim, chamar a atenção para como determinadas tendências (desafios) – mobilidade e pressão migratória, envelhecimento demográfico, alterações climáticas e eficiência energética, globalização e competitividade económica, tecnologias de informação e comunicação e a crescente importância das cidades (enquanto atores globais) –, embora atingindo a UE na globalidade, afetam de forma diferenciada os territórios e, por conseguinte, constituem fatores catalisadores de disparidades territoriais. A lógica subjacente é a de que problemas comuns requerem soluções comuns e a utilização de recursos comuns de forma harmonizada, tirando partido da diversidade territorial.

Embora com menor incidência, a influência do EDEC não se fez só sentir ao nível das instituições e documentos comunitários. Também teve consequências ao nível nacional, apesar desta se ter verificado bastante variável e na maior parte das ocasiões muito limitada, fazendo-se sentir essencialmente em países onde as políticas de ordenamento do território foram reformuladas pouco tempo depois da sua publicação, como são os casos da Grécia, da Espanha e de Portugal (ESPON, 2007a). Refira-se, para o caso português, que no final da década de 90 é finalmente lançada a Lei de Bases da Política de Ordenamento do Território e de Urbanismo (LBOTU), Lei n.º 48/98 de 11 de Agosto. Claramente inspirada no EDEC, é referido no art. 1º da LBOTU que “*A política de ordenamento do território e de urbanismo define e integra as ações promovidas pela Administração Pública, visando assegurar uma adequada organização e utilização do território nacional, na perspectiva da sua valorização, designadamente no espaço europeu, tendo como finalidade o desenvolvimento económico, social e cultural integrado, harmonioso e sustentável do País, das diferentes regiões e aglomerados urbanos.*” Ao assumir uma visão mais abrangente de coerência territorial de políticas e ao definir o quadro dos instrumentos de gestão territorial de acordo com as funções diferenciadas que desempenham, a LBOTU (que inclui algumas das preocupações do EDEC) vai visivelmente influenciar a agenda dos planos de ordenamento posteriormente elaborados, designadamente o PNPO – *Programa Nacional de Políticas do Ordenamento do Território* (2007) e a nova geração de PROT – *Plano Regional de Ordenamento do Território*³⁰. Apesar de tudo, refira-se, os impactos

³⁰ Este assunto será retomado mais adiante quando se procurar analisar de que forma é que o princípio de coesão territorial é tratado nos principais documentos de orientação nacional.

institucionais do EDEC em Portugal ficaram aquém do esperado, seja devido ao seu percurso histórico baseado num modelo muito centralizador com efeito castrador sobre os profissionais e as instituições para acompanharem a crescente relevância do ordenamento do território enquanto política pública, seja porque a prática dominante no âmbito do ordenamento do território se baseava essencialmente na ótica da regulação do uso do solo à escala local, seja ainda porque os debates ocorridos em Portugal para lançamento do EDEC tenham sido *ofuscados* pela discussão em torno dos fundos estruturais que decorreu no mesmo período temporal (Rosa Pires, 2005; Mourato e Rosa Pires, 2007). Por isso mesmo, a inovação pretendida ao nível das práticas do ordenamento do território enquanto política pública, designadamente a adoção da dimensão estratégica, acabou por ser marginal (Mourato e Rosa Pires, 2007).

É certo que a falta de competências formais no seio da CE em matéria de ordenamento do território torna a aplicabilidade de documentos da natureza do EDEC menos plausível. No entanto, o facto do EDEC se ter revelado um processo longo e participado (em parceria entre os diversos estados-membros e a CE) fez com que a sua elaboração se tenha tornado mais importante do que o conteúdo do próprio documento (Albrechts, 2001), argumento corroborado por Ferrão (2004:53): *“o processo de construção de um plano é muito mais importante do que o plano em si. Ora, neste domínio, o EDEC desencadeou uma dinâmica que, não sendo imparável, parece, no entanto, estar já suficientemente enraizada para que a sua reversibilidade não constitua tarefa fácil”*. O raciocínio por detrás desta afirmação baseia-se na ideia de que os atores e as instituições não são meros recipientes passivos que facilmente implementam o que os documentos propõem. Pelo contrário, são agentes ativos num processo em que os conceitos e os objetivos estratégicos de documentos da natureza do EDEC não são, à partida, uma preocupação desses mesmos agentes, pelo que processos de aprendizagem como os que ocorridos durante a elaboração do EDEC e a adequação das suas propostas num âmbito mais vasto da agenda política europeia (isto é, servindo de fonte de inspiração) podem influenciar fortemente os processos de tomada de decisão (Faludi, 2001; Stead & Waterhout, 2008). E, de facto, a dinâmica desencadeada pelo EDEC, não só contribuiu para um maior reconhecimento do ordenamento do território enquanto pré-requisito para o desenvolvimento harmonioso da Comunidade, para uma melhor integração das áreas mais periféricas e como meio necessário para uma alocação mais ‘racional’ de recursos (Atkinson, 2001), como também serviu de base para o processo de elaboração e lançamento, em 2007, da *Agenda Territorial da União Europeia – para uma Europa mais competitiva baseada na diversidade das suas regiões* (CEC, 2007b), resultante duma reunião intergovernamental informal dos diversos ministros do ordenamento do território da EU e preparado conjuntamente com a CE.

Apresentado como um quadro político orientado para a ação e promotor de cooperação entre os estados-membros em matéria de ordenamento do território, e sustentado nos objetivos do EDEC, um

dos grandes desígnios da Agenda Territorial consiste em reforçar a coesão territorial da UE e colocar o seu princípio no centro do discurso europeu. Sublinha, ainda, a importância de articular as orientações de base territorial com as outras políticas da CE, designadamente a Estratégia de Lisboa e a Política de Coesão, para promover o bem-estar social e económico do espaço europeu. Esta ideia resulta essencialmente do facto de os respetivos ministros se terem apercebido que a procura de coesão territorial incluía o reforço da competitividade e a redução das disparidades, argumentando que a Estratégia de Lisboa não estava a ter suficientemente em consideração o potencial da diversidade territorial europeia, pelo que abordagens integradas de desenvolvimento territorial (explorando o potencial endógeno existente) poderiam melhorar a sua prestação e, consequentemente, aumentar a competitividade da Europa (Faludi, 2006). Assim sendo, apoiadas nos objetivos do EDEC, as prioridades relativas a medidas de desenvolvimento espacial (em que se incluem o desenvolvimento policêntrico e a inovação mediante o estabelecimento de redes, o reforço das estruturas ecológicas e dos recursos culturais e a criação de novas formas de parceria e governança territorial entre áreas rurais e urbanas) procuram agora enfatizar preocupações associadas à competitividade: *“Isto corresponde a uma mudança de paradigma na política regional europeia, da focalização tradicional em regiões estruturalmente fracas e desfavorecidas para estratégias que visam desenvolver o potencial e as oportunidades de todas as regiões”* (PE, 2007:iv).

Importa ainda referir que, na sequência da adoção da Agenda Territorial, em Leipzig, procurou dar-se continuidade à cooperação estabelecida até então entre os ministros da UE responsáveis pelo ordenamento e desenvolvimento do território através da realização de uma Sessão sobre Coesão Territorial em Ponta Delgada – Açores, em Novembro de 2007, no âmbito da Presidência Portuguesa do Conselho da UE, na qual foi acordado o *Primeiro Programa de Ação* para a sua implementação (CEC, 2007c). Com o objetivo de inspirar a ação política e destacar o papel da coesão territorial no desenvolvimento do espaço europeu, foram apresentados neste programa cinco princípios orientadores que, de certa forma, procuram clarificar (ou balizar) o próprio conceito de coesão territorial, designadamente: solidariedade entre regiões e territórios, governança multiníveis, integração de políticas, cooperação sobre questões territoriais e subsidiariedade.

Com o processo de elaboração do *Tratado de Lisboa* em mãos e encorajada pela *Agenda Territorial*, a CE decidiu publicar em 2008 o *Livro Verde sobre a Coesão Territorial*. Já com uma interpretação de coesão territorial que extravasa a tradicional abordagem de procura de convergência das regiões mais desfavorecidas, este documento enfatiza a necessidade de se tirar partido da diversidade e identidade territoriais por forma a fazer-se um melhor uso das suas características individuais específicas através de mecanismos de cooperação. Um discurso, refira-se, em tudo semelhante ao praticado pela OCDE que, em diversos trabalhos publicados, tem sublinhado a importância de se implementar uma nova abordagem baseada na capacidade de mobilizar o potencial de desenvolvimento territorial e

proporcionar uma oferta de serviços desenhados à medida de cada território, sob o desígnio de um novo paradigma de política regional (OECD, 2001; 2009a; 2009b; 2009c). Sobre esta questão, Lázne (2009:3) refere o seguinte: *“there is an emerging consensus in the OECD on the role of place-based policy approaches in capitalising on territorial assets and locational advantages such as knowledge, skills, specialisation, and proximity between economic agents. Place-based policies built on local geography and institutions can help deliver sustainable development by bringing about long-term changes in behaviour, governance and use of resources in the regions concerned”*.

Por outro lado, no processo de reformas conduzidas pela CE, e já a pensar no pós-2013, a pedido da CE e da então Comissária para a Política Regional Danuta Hubner, o Diretor-geral no Ministério das Finanças e da Economia de Itália, Fabrizio Barca, desenvolveu o *Relatório Barca: uma agenda para a reforma da política de coesão* (2009) com o objetivo de apresentar propostas para o futuro da Política de Coesão. Nesse relatório é visível a relevância da dimensão territorial na formulação de políticas públicas, argumentando-se que são necessárias políticas de fomento económico e social talhadas para as necessidades específicas de regiões muito diferentes entre si, ganhando particular relevância o princípio de subsidiariedade (aumentando, consequentemente, a importância do nível local) e a articulação entre os vários níveis de políticas e instituições (da escala europeia à local). Embora não mencionando especificamente a expressão coesão territorial, é clara a relação entre a *place-based approach* que advoga e este princípio. O objetivo consiste, quer em reduzir a ineficiência causada pela subutilização dos recursos, quer em combater a exclusão social.

Todo este percurso conduziu a um reconhecimento mais generalizado da importância da componente territorial para o projeto europeu, colocando nas agendas política e mediática esta temática. Exemplo disso foi a inclusão, em Dezembro de 2009, do princípio de coesão territorial enquanto 3º pilar de atuação a par da coesão económica e da coesão social, claramente sublinhando, não só a importância da dimensão territorial no contexto da formulação de políticas públicas, mas também a preponderância do princípio de coesão territorial na definição de estratégias e na própria consolidação do projeto europeu (e uma visão sistémica do espaço europeu implica que cada estado membro possua ideias claras sobre o caminho mais adequado a percorrer). Diz a este propósito Faludi (2010b:7): *“By adding territorial cohesion to economic and social cohesion, the Lisbon Treaty now makes explicit that space, or territory, is relevant to promoting competitiveness and to addressing regional and social inequities, which EU policy seeks to address in the balanced way which is the essence of the ‘European model of society’ advocated by Jacques Delors”*.

Mais recentemente, e por forma a atualizar a dimensão estratégica dos documentos europeus de ordenamento do território, foi aprovada e lançada uma nova versão da *Agenda Territorial – TA2020 Towards an Inclusive, Smart and Sustainable Europe of Diverse Regions* (CEC, 2011) com a dupla intenção de reforçar o papel da coesão territorial enquanto novo paradigma de desenvolvimento do território

européu e de tornar os territórios mais resilientes a desafios globais que entretanto surgiram ou alcançaram outras proporções, designadamente, a crise económica e financeira, os fenómenos demográficos (envelhecimento e migração), o despovoamento de determinadas áreas, as alterações climáticas, a eficiência e a segurança energética, a vulnerabilidade de certas economias e comunidades locais e o papel das cidades enquanto motores de desenvolvimento (CEC, 2011; Szlachta & Zaucha, 2010; Suto et al, 2010). É verdade que a versão de 2007 efetuava já uma análise destas questões, mas nesta nova versão a profundidade e a abrangência são maiores, procurando tirar partido de um novo quadro institucional mais favorável (decorrente do *Tratado de Lisboa*) e articular-se com a nova estratégia *Europe 2020*. É neste sentido que apresenta, inclusive, um capítulo novo com recomendações específicas para as políticas de base sectorial (Suto et al, 2010).

Não sendo uma preocupação totalmente nova, como explanado no contexto histórico aqui brevemente apresentado, o princípio de coesão territorial surge no seio destas orientações com o intuito generalizado de alcançar o desenvolvimento harmonioso de todos os territórios, valorizar a sua diversidade e complementaridades e facultar a possibilidade da população tirar o melhor partido das características existentes em cada território. É certo que o *Livro Verde sobre a Coesão Territorial* (2008) e a abertura do processo de consulta pública sobre o mesmo vieram procurar clarificar o que se entendia por coesão territorial e quais as políticas a tomar para se alcançar esse princípio. Mas também é verdade que ainda se verifica alguma ambiguidade inerente ao seu conceito, conduzindo inclusive o corpo académico a discutir a temática e a debruçar-se sobre as raízes do seu significado e da sua aplicação³¹. Aliás, os comentários produzidos por Faludi, em 2006, sobre esta ambiguidade continuam a fazer todo o sentido: *“The message repeated over and over again is that it complements the economic and social cohesion goal and harmonious and balanced development of the Union as stated in the Treaty. Clearly, DG Regio wants to dispel the idea as if invoking territorial cohesion would mean a radical departure from existing policies. Rather, it is said to focus on development opportunities to encourage cooperation and networking and also to pay attention to strengths of areas and to the more effective targeting of policy instruments. This relates to the Lisbon Strategy of turning Europe into the most competitive area of sustainable growth in the world to which territorial cohesion policy should contribute”*. O próprio Parlamento Europeu, na sua resolução sobre o Livro Verde (P6_TA(2009)0163), refere a este propósito inclusive o seguinte: *“the Green Paper lacks ambition to the extent that it fails to propose either a clear definition of or an objective for territorial cohesion and does not advance significantly the understanding of that new concept, so that it can effectively contribute to the alleviation of disparities between regions; regrets, moreover that the Green Paper does not explain how territorial cohesion will be integrated into the existing framework of cohesion policy or with what methodological tools or resources it will be transformed from a framework of principles into operational mechanisms*

³¹ Consultar, *inter alia*, Planning Theory and Practice (2005), Town Planning Review (2005), Davoudi (2005; 2009), Grasland e Hamez (2005), Faludi (2005; 2006; 2007; 2010a; 2010b), Iónica (2007), Evers et al (2009), Botka et al. (2009), Servillo (2010), Szlachta e Zaucha (2010), Colomb e Santinha (2014).

to be applied on the ground during the next programming period". Complementarmente a estas observações, acrescente-se o facto de a própria Política Regional e de Coesão desde cedo procurar adotar uma visão territorializada na procura da coesão económica e social da UE mediante a redução das disparidades regionais, conduzindo alguns autores a afirmar que a inclusão deste 'novo' princípio poderá ser redundante (consultar, a título de exemplo, Mirwaldt et al, 2009).

Esta é, precisamente, uma questão que tem estado recentemente em discussão no seio da UE, no sentido de se procurar clarificar e tornar mais operacional o princípio de coesão territorial. Exemplo disso é o projecto INTERCO – Indicators of Territorial Cohesion, lançado no final de 2010 no âmbito do programa ESPON (ESPON, 2013), e cujo objectivo temático vai ao encontro do que aqui se referiu: *"The Lisbon Treaty adds the aim "Territorial Cohesion" as an official policy aim of the EU to the earlier aims of economic and social cohesion. Hence, the Commission and EU Member States are in a process of defining further the concept of "Territorial Cohesion". The Green Paper on Territorial Cohesion of 2008 did bring this topic to a wide public debate. Detailing future Structural Funds 2014-2020 is expected to further progress the concept. In order to understand structures, trends and scenarios related to territorial cohesion it highlights the need to improve the evidence base and develop indicators related to territorial cohesion in order to monitor territorial dynamics related to the policy aim"*.

O debate efetuado até ao momento evidencia a clara ausência de uma delimitação precisa do conceito de coesão territorial. Ao nível dos documentos programáticos da UE, a existência de um conceito amplo e pouco preciso é, apesar de tudo, compreensível: torna-se mais fácil criar consenso entre todos os estados-membros, evitam-se tensões nas sempre difíceis negociações ao nível da atribuição dos fundos comunitários e corresponde-se às expectativas da generalidade dos agentes envolvidos nestes processos de natureza negocial e política. A este propósito, Eser (2009:20) diz: *"In politics there are (...) ways of making broad concepts of policies of a redistributive character (such as territorial cohesion) operational: One way is to have little concern about a clear definition and to leave things vague, as they are now, profiting from a sort of unifying unclarity. The vagueness allows for bargaining about political measures, covering the expectations of the various political stakeholders, and for declaring afterwards that all this is territorial cohesion. It would be for the researchers to ex-post make sense of, in our case, territorial cohesion as a coherent concept by trying to find the (un)intended storyline. The other extreme is, in terms of rationality, the ideal but in political terms the toughest way: First to clarify the concept and principles of territorial cohesion and then to develop indicators and policy measures with the help of research. The problem with this approach is that some stakeholders will not receive their expected benefit, which may provoke political resistance or the blocking of a discussion before it has even started"*.

Face a esta nebulosidade concetual do ponto de vista formal, qual então o seu valor acrescentado enquanto princípio integrante da formulação de políticas públicas? Dito de um outro modo, quais as principais razões que justificam a adoção do princípio de coesão territorial na formulação de políticas

públicas no contexto atual? Os próximos pontos debruçam-se sobre esta questão e lançam pistas para uma melhor compreensão do próprio significado de coesão territorial.

2.2.2. A adoção do princípio de Coesão Territorial no contexto atual das políticas públicas

A emergência das orientações estratégicas de natureza político-normativa³² descritas na secção anterior destacam a importância da dimensão territorial e das especificidades locais na formulação de políticas públicas, considerando o território, não só enquanto espaço físico de suporte às atividades existentes, mas sobretudo como um sistema social e institucional com múltiplas relações, atividades e transações económicas. Com este enfoque, sublinha-se que os processos sociais e económicos tomam forma num contexto espacial e estão condicionados por fatores geográficos como a distância/proximidade, as características físicas (clima, topografia...) e, ainda, a identidade de cada local. Contraria-se, portanto, a lógica que muitos autores defendiam no final do século passado: com fenómeno da globalização e o advento e a proliferação das tecnologias de informação e comunicação, o espaço (ou a geografia) deixaria de ser relevante, na medida em que haveria uma perda de importância do acesso a fatores de produção tangíveis em prol do interesse da disponibilidade de fatores de produção intangíveis, designadamente a informação e o conhecimento.

Estas questões traçaram um caminho para a adoção do princípio de coesão territorial na agenda política, nomeadamente da CE, na procura de um desenvolvimento harmonioso/equilibrado do território, em que a dimensão territorial adquire uma maior preponderância. A título de exemplo, observem-se os inúmeros estudos elaborados, seja ao nível do programa ESPON, seja designadamente no âmbito da CE por intermédio dos relatórios de coesão, demonstrando os efeitos assimétricos que um conjunto de tendências atuais têm produzido, comprovando que os contextos territoriais podem, eles mesmos, ser amplificadores de desequilíbrios. Exemplos incluem a mobilidade e a pressão migratória, o envelhecimento demográfico, as alterações climáticas e a eficiência energética, a globalização e a competitividade económica, as tecnologias de informação e comunicação e a crescente importância das cidades (enquanto atores globais). Tendências que, se adicionadas às tradicionais condições díspares no acesso aos recursos que são estratégicos para o seu bom desenvolvimento por

³² A ênfase aqui dada é, efetivamente, sobre as abordagens de natureza político-normativa. Apesar de tudo, importa referir que estas abordagens acompanharam, de certo modo, os trabalhos de natureza descritivo-analítica que foram sendo elaborados e que realçavam a importância da dimensão territorial no desenvolvimento social e económico. Se é verdade que Alfred Marshall (1922), já no início do séc. XX, tenha focado esta questão – *the concentration of specialised industries in particular localities* –, é essencialmente a partir do final década de 1970 (na sequência da crise económica mundial de então) que começam a surgir diversos trabalhos relacionando território/especificidades locais/desenvolvimento. Exemplos podem ser encontrados em torno de conceitos como *distritos industriais* (e.g. Becattini, 1989), *clusters industriais* (e.g. Porter, 1990) ou *meios inovadores* (e.g. Camagni, 1991), só para citar alguns. Para uma análise detalhada e evolutiva destes e de outros conceitos similares consultar Rodrigues (2008).

parte dos indivíduos e das instituições (quer por razões intrínsecas, quer por factores que lhes são externos, como os que resultam da localização geográfica), tornam-se claramente num desafio para as políticas públicas, afectando quer a competitividade dos territórios, quer o equilíbrio territorial (numa lógica de igualdade de oportunidades), muitas vezes vistos como objectivos de certa forma conflituosos (Bertrand & Peyrache-Gadeau, 2009). A adoção do princípio de coesão territorial vem precisamente procurar lidar com esta questão, realçando as características específicas de cada território, não só ao nível dos problemas, mas também tendo em conta as oportunidades. Aliás, o próprio *Livro Verde sobre a Coesão Territorial* (2008:3) lança algumas pistas sobre esta questão, referindo: “*A coesão territorial procura alcançar o desenvolvimento harmonioso de todos estes territórios e facultar aos seus habitantes a possibilidade de tirar o melhor partido das características de cada um deles. Nessa medida, a coesão territorial é um factor de conversão da diferença em vantagem*”. Tal revela uma nova abordagem, que junta à ideia (sempre necessária) de combater disparidades regionais (essencialmente a partir de situações problemáticas) uma lógica de valorização territorial, isto é, de conceção do território enquanto oportunidade, reforçando, por isso mesmo, a necessidade de considerar a dimensão territorial na formulação de políticas públicas.

Por outro lado, reconhecendo-se que as políticas públicas com impacto territorial são orientadas no âmbito da UE, quer pelas próprias políticas de ordenamento do território (através, por exemplo, da Agenda Territorial), quer por políticas sectoriais, quer ainda especificamente pela Política de Coesão (estabelecendo várias referências com significativo impacto no ordenamento do território), não se verifica ainda uma estreita articulação entre elas, podendo o princípio de coesão territorial servir de plataforma de articulação dessas políticas. Com efeito, à problemática lançada por Botka et al. (2009:10) – “*Territorial aspects and priorities are expressed primarily in spatial policy and in cohesion policy. These two main branches of territorial approaches are still separate*” – respondem, da seguinte forma, o Parlamento Europeu (P6_TA(2009)0163) – “*territorial cohesion should not be limited to the effects of EU regional policy on the territory of the European Union, but should also focus on the territorial dimension of other sectoral EU policies with a strong territorial impact; stresses, in the context of territorial cohesion, the importance of improving synergies between the different EU policies in order to coordinate and maximise their territorial impact on the ground*” – e Servillo (2010:403) – “*The [Territorial Cohesion] concept has the potential, de facto, to become the reference point for a clearer EU policy in terms of spatial approaches*”.

Acresce, no contexto atual de políticas públicas, um outro motivo para a adoção do princípio de coesão territorial: a influência que a UE exerce nas políticas públicas (em geral) e nos sistemas e processos de ordenamento do território (em particular) dos estados-membros tem-se verificado de forma crescente. É verdade que esta influência (*europização*) de conceitos, princípios e orientações tem sido mais visível ao nível das políticas sectoriais, como sejam o ambiente, os transportes e o desenvolvimento rural, só para citar alguns exemplos, ou da política regional, na medida em que, do

ponto de vista formal, a CE, como já salientado, não possui competências diretas no domínio do ordenamento do território. Consequentemente, ao introduzir uma menor exposição deste campo aos mecanismos formais deste *efeito Europa*, os meios de disseminação e de transformação de culturas e práticas resultam fundamentalmente da integração discursiva com recurso a um vocabulário comum, do desenho de visões espaciais partilhadas ou mesmo do desenvolvimento de práticas colaborativas transnacionais, envolvendo processos de aprendizagem mútua e promoção de boas práticas (Ferrão, 2011).

De uma forma geral, o *efeito Europa* tem sido usado para descrever um conjunto de fenómenos e processos de mudança em resposta a influências por parte da UE, seja como reação à pressão comunitária por intermédio do lançamento de diretivas ou regulamentos, seja porque a própria UE tornou-se um meio de orientação cognitivo e normativo, fornecendo orientações ao nível conceptual e operacional (Radaelli, 2004). Não sendo um conceito totalmente unanime, na medida em que tem sido aplicado de inúmeras formas para descrever uma variedade de situações, atualmente há um entendimento global de que este não é um processo unidirecional, envolvendo, pelo contrário, uma interação mútua da UE com os contextos *domésticos*, numa lógica de coevolução (Cotella e Janin Rivolin, 2010), reforçando por isso o argumento de que a europeização é *“the main transmission belt of the process of European integration”* (Borzel e Risse, 2000:1-3).

Lenschow (2006) analisa o processo de europeização no contexto desta coevolução de acordo com três modelos complementares. O primeiro consiste no modelo mais usado e de natureza *top-down*, em que a UE é claramente a principal instigadora de desenvolvimentos e mudanças a nível de cada estado-membro (UE→EM). E aqui o impacto pode efetuar-se essencialmente a três níveis: imposição da UE em mecanismos institucionais *domésticos* (nível direto), modificação do contexto institucional para novos processos estratégicos de interação, implicando, por exemplo, a redistribuição de recursos e/ou poderes (nível menos direto), e alteração das convicções e expectativas dos atores domésticos (nível indireto). No entanto, a já referida ausência de competências formais no domínio do ordenamento do território a nível comunitário conduz a que seja por intermédio desta via indireta que o processo de europeização mais se verifique. O segundo modelo é o horizontal, cuja interação e influência podem ocorrer entre diferentes estados-membros ou regiões sem influência direta da UE (EM→EM), embora tais processos possam ser facilitados por intermédio de instituições comunitárias. Ao nível do ordenamento do território, os programas INTERREG e ESPON constituem bons exemplos de tal cooperação e indutores de processos de aprendizagem mútua. O terceiro modelo configura um processo circular ou cíclico, em que os atores domésticos procuram integrar as suas ideias ao nível comunitário e, simultaneamente, são influenciados pela UE (EM→UE→EM). O já mencionado EDEC configura um bom exemplo deste modelo de *europeização*, na medida em que cada estado-membro

participou na sua elaboração e moldou o conteúdo do documento que acabou por ser publicado em 1999 e, posteriormente, aplicou as ideias e orientações estratégicas aí contidas nas suas políticas públicas e nos sistemas e processos de ordenamento do território (Duhr et al, 2007).

Os casos referidos mostram que o *efeito Europa* no campo do ordenamento do território tem decorrido essencialmente via informal e por ação de natureza intergovernamental. As já citadas Agenda Territorial da União Europeia, lançada em 2007, e a sua versão renovada TA2020, em 2011, constituem os mais recentes exemplos deste efeito. Contudo, embora este procedimento seja o mais natural, em virtude da ausência de competências diretas por parte da UE, a contribuição da CE para o processo de *europeização* no domínio do ordenamento do território é bem mais ampla, ainda que efetuada de forma indireta (Bohme e Waterhout, 2008). Um primeiro exemplo de influência *indireta* é por intermédio das políticas sectoriais com impacto territorial e da própria política regional da UE. Um segundo exemplo é através da produção e lançamento dos relatórios de coesão produzidos pela CE de três em três anos, nos quais se encontra definida a agenda para o desenvolvimento regional e para a política de coesão económica, social e, mais recentemente, territorial. Um terceiro exemplo é via fundos comunitários, os principais instrumentos da política regional e que influenciam a agenda cognitiva europeia e, claro está, a agenda referente ao domínio do ordenamento do território.

Existindo várias formas de promover o *efeito Europa* no domínio do ordenamento do território, facilmente se percebe que a amplitude desta influência nos estados-membros varia substancialmente. De facto, vários são os estudos que se têm debruçado sobre esta questão (e.g. Buunk, 2003; Ravesteyn e Evers, 2004; Bohme, 2006), mostrando que, embora este efeito seja claro, a natureza e o grau de impacto variam de país para país, devido essencialmente às diferentes condições territoriais, aos sistemas de governança e, inclusive, à forma como cada estado-membro transporta as políticas da UE para a legislação nacional (Bohme e Waterhout, 2008). No caso específico de Portugal, a evolução das políticas de ordenamento do território resultou também “*da conjugação de diversos factores de “europeização”, com pesos distintos, mas que tendem a reforçar-se reciprocamente*” (Mourato e Ferrão, 2010:19). A título de exemplo, inclui-se aqui a influência dos princípios, visões e conceitos adotados no EDEC e o efeito de iniciativas comunitárias, como o INTERREG, e do ESPON.

Sem surpresa, a coesão territorial, enquanto novo objetivo político comunitário, encontra-se também no seio de um processo de *europeização*, mas com uma vantagem adicional: com a institucionalização deste conceito, a CE passa a ter competências formais também ao nível das políticas de base territorial, proporcionando por isso uma maior interligação com as iniciativas de natureza intergovernamental no domínio do ordenamento do território. E, como já constatado, o princípio de coesão territorial passa então a estar expresso, quer em documentos orientadores como a Agenda Territorial, quer na própria

política de coesão e nos respetivos relatórios, conduzindo a uma maior integração discursiva com recurso a um vocabulário comum. A coesão territorial torna-se, por isso, num objetivo catalisador, à volta do qual diversos valores e políticas (territoriais e não territoriais) têm gerado práticas discursivas (Servillo, 2010:398): *The EU policy documents represent the institutional production of discourses on the EU territory which characterize ESP [European Spatial Planning], and these discourses aim to clarify a system of shared values (real or supposed) that should play a normative role in spatial planning and development strategies across Europe.*

Neste contexto, importa sublinhar o caso húngaro como um bom exemplo no que respeita a este fenómeno de *europização* e ao esforço de clarificar os processos de formulação de políticas públicas tendo por base a coesão territorial, publicando um documento sobre a sua integração na agenda nacional (consultar Botka et al, 2009) e, na sequência deste, um outro documento para a implementação nacional da Agenda Territorial da EU, também tendo por base o princípio de coesão territorial (Ricz et al, 2010). Trata-se, porém, de um caso específico e isolado, muito possivelmente justificado pelo facto do lançamento destes documentos ter surgido durante o período em que a Hungria se encontrava na presidência da UE e, portanto, com este *dossier* em mãos. Consequentemente, e como refere Van Well (2012:1550), *“Despite the recent degree of institutionalization and the growing body of solid policy-relevant studies on the topic, territorial cohesion remains essentially a moving target and each EU Member State and region conceptualizes the policy goal in Cohesion Policy instruments as befits the specific regional challenges and opportunities of the territory”*.

2.2.3. O “efeito Europa” e o princípio de Coesão Territorial: uma ilustração com o caso português

A análise de como o princípio de coesão territorial está e/ou pode ser interpretado nos diferentes estados-membros tem sido recentemente palco de alguma discussão académica e política. Parte do debate tem incidido essencialmente na influência que as diferentes tradições de planeamento do território ao nível Europeu produzem na apropriação de determinados conceitos e práticas. Destacam-se, aqui, os trabalhos desenvolvidos por Janin-Rivolin e Faludi (2005), chamando a atenção para a necessidade de se articularem as diferentes conceções de coesão territorial com as diversas tipologias de sistemas de planeamento do território, por Knieling e Othengrafen (2009), focando-se na influência que as diferentes culturas de planeamento territorial produzem na incorporação de determinados conceitos, por Faludi (2007) e Davoudi e Strange (2009), debruçando-se sobre o Modelo Social Europeu e a sua relação com a coesão territorial, por Cotella e Janin-Rivolin (2010), associando à noção de coesão territorial a ideia de *governança territorial* enquanto processo de interação do planeamento territorial com outras atividades e políticas comunitárias, e, finalmente, por Colomb e Santinha (2014), refletindo sobre os desafios decorrentes da forte tendência de liberalização dos

serviços de interesse geral na promoção da coesão territorial. Num outro registo, encontra-se o trabalho desenvolvido por Sykes (2011), procurando compreender como o conceito de coesão territorial está a ser interpretado no Reino Unido à luz das respostas dadas por diversos atores no âmbito da discussão do Livro Verde sobre Coesão Territorial. A opção tomada por Sykes em deixar de lado as respostas fornecidas pelo governo britânico e outros instrumentos políticos reside no facto de o próprio governo argumentar que o significado de coesão territorial já está clarificado em diversos documentos europeus, designadamente o Livro Verde, demitindo-se, por isso mesmo, de o aprofundar e de lançar orientações nesse sentido. Por seu turno, Luukkonen e Moilanen (2012), debruçando-se sobre a ideia de *soft planning*, realçam a importância dos processos colaborativos em novas formas de conceber o território para alcançar a coesão territorial, utilizando como estudo de caso a Ostroboónia (*Bothnian Arc*) para aferir a diferença entre a retórica política e a sua operacionalização. Por fim, Van Well (2012) procura mostrar as diferentes interpretações existentes analisando inúmeros documentos de orientação política, que criam o que o autor designa por *meta-storylines*. Partindo de um estudo prévio elaborado pela Nordregio (2009), a autora compara as orientações comunitárias (lógica *top-down* nas palavras da autora) com as provenientes de 246 Programas Operacionais do programa de financiamento comunitário 2007/13 (lógica *bottom-up*).

No caso português, embora sem se publicar documentação específica sobre o princípio de coesão territorial na formulação de políticas públicas, é possível encontrar textos oficiais que o referenciam, mostrando que, do ponto de vista discursivo, a noção de coesão territorial começa a fazer parte das orientações nacionais de política pública. Sendo uma situação recorrente nos diversos contextos europeus, como acima observado, a análise que aqui se efetua do caso português procura, não só colmatar a ausência de trabalhos produzidos sobre esta temática em Portugal, mas sobretudo ilustrar como o fenómeno da *europeização* está a ocorrer em relação ao princípio de coesão territorial, ajudando por isso a reforçar o argumento de que a adoção do princípio de coesão territorial na agenda política é um, já referido, *ponto de não retorno* – “*territorial cohesion is here to stay*” (Davoudi, 2009:271) –, pelo que a compreensão do seu significado para uma correta apropriação do conceito se reveste da maior importância.

A opção metodológica consistiu na análise dos principais instrumentos de orientação estratégica, tentando aferir *se e como* este princípio começa a fazer parte das orientações nacionais de política pública. No que respeita aos instrumentos integrantes do Sistema de Planeamento, foram analisados aqueles de natureza estratégica que traduzem as grandes opções para o ordenamento do território, designadamente o Programa Nacional da Política de Ordenamento do Território (PNPOT, 2007) e os diversos Planos Regionais de Ordenamento do Território (PROT), concluídos – PROT Algarve (2007), PROT OVT (2009) e PROT Alentejo (2010) – ou ainda em fase de pós-discussão pública –

PROT AML, PROT Centro e PROT Norte. Por outro lado, existem outros instrumentos de orientação estratégica que, não integrando os designados Instrumentos de Gestão Territorial, produzem impactos no território, pelo que a sua análise também se revela fundamental para a compreensão do fenómeno em causa. Integram este grupo o Quadro de Referência Estratégico Nacional (QREN 2007/2013), o Programa Nacional de Acção para o Crescimento e o Emprego (PNACE 2005/08), a Estratégia Nacional de Desenvolvimento Sustentável (ENDS 2015), o Plano Estratégico Nacional de Desenvolvimento Rural (PENDR 2007/13) e a Política de Cidades POLIS XXI (2007/13). Refira-se que estes instrumentos têm a particularidade de se mencionarem de forma cruzada, o que representa um estímulo adicional para a aferição da existência de linhas de orientação comuns. Por fim, efetuou-se também uma análise do Contributo das Autoridades Portuguesas para a consulta pública sobre o Livro Verde (MNE, 2008) que, não sendo um instrumento de orientação estratégica, é útil compreender a sua diretriz, na medida em que representa a *voz formal* do Governo Português e, supostamente, uma visão conjunta do conceito de coesão territorial.

No que respeita ao PNPOP, a preocupação subjacente à noção de coesão territorial é observada explícita e implicitamente em vários momentos do programa:

- *“A promoção da coesão territorial pressupõe a capacidade de as cidades dinamizarem processos de desenvolvimento regional e assegurarem o acesso generalizado a Serviços de Interesse Geral, incluindo os serviços económicos. Por outro lado, a eficiência das intervenções de desenvolvimento regional depende da forma como as diversas acções se reforçam mutuamente, o que implica a concentração de intervenções tomando a rede de cidades como referência”* (PNPOP, 2007:38);
- *“As infra-estruturas e redes de transportes assumem um papel chave da acessibilidade e mobilidade inter e intra-regional e, portanto, como impulsionadores da coesão, integração e ordenamento territorial do país”* (PNPOP, 2007:39);
- *“O sistema infraestrutural de suporte das acessibilidades constitui também um dos pilares fundamentais do modelo territorial policêntrico que se visa promover”* (PNPOP, 2007:39);
- *“No desenvolvimento dos sistemas de transportes e para assegurar a eficiência das deslocações assume especial relevância a boa articulação e integração entre redes de diferentes níveis hierárquicos e modos de transporte, especialmente nas parcelas do território com menor densidade de ocupação”* (PNPOP, 2007:39);
- *“A prestação de serviços públicos através do recurso às TIC é igualmente uma vertente essencial para consolidar a sociedade de informação e promover a coesão social e territorial”* (PNPOP, 2007:55). Sobre esta questão o PNPOP refere ainda o seguinte: *“Alargar a gama de oferta de serviços colectivos e de interesse público suportados na Internet e na utilização das TIC, por exemplo nos domínios da saúde ou da educação, garantindo o seu acesso nos espaços de baixa densidade”* (PNPOP, 2007:39);
- *“Assegurar a equidade territorial no provimento de infra-estruturas e de equipamentos colectivos e a universalidade no acesso aos serviços de interesse geral, promovendo a coesão social”* (PNPOP, 2007:42).

Refira-se, no entanto, que não é clara a definição de coesão territorial ou, dito de um outro modo, fica por esclarecer o significado e o que implica fazer para se obter um território mais coeso. Apesar de tudo, poderá argumentar-se que a noção de coesão territorial vem associada à ideia de acesso generalizado a serviços de interesse geral, desenvolvimento de infraestruturas e redes de transportes (ou seja, acessibilidade e mobilidade), utilização de tecnologias de informação e comunicação, aposta num modelo territorial policêntrico e desenvolvimento de redes.

Ocupando uma *posição de charneira fundamental* no *Sistema de Gestão Territorial* nacional, e em articulação estreita com o PNPOP, encontram-se os PROT. No documento de orientação publicado em Novembro de 2005, pela então Secretaria de Estado do Ordenamento do Território e das Cidades (SEOTC), é possível encontrar referências ao princípio de coesão territorial, ainda que, uma vez mais, esteja pouco explícito do ponto de vista concetual. Procurando dar seguimento à 3ª opção das GOP 2005-2009 – *melhorar a qualidade de vida e reforçar a coesão territorial num quadro sustentável de desenvolvimento* –, o PROT surge como um instrumento relevante e oportuno para definir uma estratégia de coesão territorial: *“Face a este contexto, a elaboração dos PROT através de um processo alargado a todas as regiões e promovido pelas Comissões de Coordenação e Desenvolvimento Regional, é uma prioridade, sendo uma peça fundamental do sistema de integração e coesão territorial que está na base de qualquer processo de desenvolvimento regional”* (SEOTC, 2005:4). Embora não estando explicitamente referido o princípio de coesão territorial, no mesmo documento é ainda mencionado que os PROT devem respeitar diversos fatores que, de certa forma, procuram contribuir para um território mais coeso: *“diversidade regional (definição de unidades territoriais de âmbito sub-regional), integração regional (articulação com outras regiões, nomeadamente regiões vizinhas), integração sectorial territorial (articulação das políticas com incidência territorial), sustentabilidade dos processos de desenvolvimento (conciliar sustentabilidade ambiental, competitividade económica e equidade de oportunidades)”* (SEOTC, 2005:6).

Uma leitura dos vários PROT entretanto aprovados (ou em fase de discussão pública) permite afirmar que estes instrumentos, pelo menos do ponto de vista discursivo nos relatórios elaborados, fazem diversas referências à coesão territorial, na globalidade em muito associado à perspetiva de diversidade e valorização territorial, promoção de um modelo territorial baseado numa organização policêntrica, valorização das potencialidades endógenas, desenvolvimento das áreas mais desfavorecidas e equidade no acesso a bens e serviços. O próximo quadro procura apresentar uma síntese das principais observações efetuadas em cada plano sobre coesão territorial.

Quadro 1: Sistematização das principais considerações efetuadas nos PROT sobre coesão territorial

PROT	Principais considerações subjacentes ao princípio de Coesão Territorial
PROT – Algarve (2007)	<p>- Um dos objetivos estratégicos consiste em <i>promover um modelo territorial equilibrado e competitivo</i>, contendo a pressão urbanística sobre o litoral e aumentando o potencial de desenvolvimento das áreas deprimidas do interior, assegurando a coesão territorial e o aproveitamento integrado das potencialidades dos diversos territórios (pág. 24).</p> <p>- Uma das sete opções estratégicas visa o <i>reequilíbrio territorial</i>, na qual se refletem objetivos de coesão territorial e de fomento do desenvolvimento das áreas mais desfavorecidas do interior da região (pág. 27).</p>
PROT – OVT (2009)	<p>- Na medida em que este PROT é desenhado numa ótica de forte articulação com outros instrumentos de desenvolvimento territorial, este instrumento apresenta-se <i>“relevante e oportuno para conceptualizar e implementar uma estratégia de coesão territorial para a Região do Oeste e Vale do Tejo”</i> (pág. 12)</p> <p>- No eixo estratégico 2 (<i>Potenciar as Vocações Territoriais num Quadro de Sustentabilidade Ambiental</i>) consta o seguinte objetivo: <i>“Proteger e valorizar os recursos naturais, patrimoniais e culturais através de medidas que os integrem na gestão do planeamento territorial regional e municipal, numa perspectiva de coesão territorial e reforço da identidade regional”</i> (pág. 46).</p> <p>- No modelo territorial proposto avança-se com a ideia de que no sistema urbano os centros urbanos devem organizar-se segundo uma tipologia assente na diversidade funcional, para o qual a aposta em <i>“centros complementares é fundamental na sustentação da coesão territorial e na consolidação de redes de proximidade</i>. Por sua vez, estas redes <i>capacitam os centros urbanos para novos e mais exigentes desafios em termos de competitividade, e garantem uma oferta de serviços complementares essenciais para valorização da qualidade de vida residencial”</i> (pág. 56-57).</p>
PROT – Centro (2010)	<p>- À semelhança do PROT – OVT, também aqui é feita a associação do princípio de coesão territorial aos centros urbanos complementares: <i>“Os centros urbanos complementares têm uma função predominantemente municipal, garantindo uma oferta urbana essencial para a coesão territorial”</i> (pág. 52).</p> <p>- Ainda no âmbito dos sistemas urbanos é referido que é <i>“fundamental contribuir para a melhoria da equidade na distribuição de serviços, e desta forma reforçar a coesão territorial</i> (pág. 53). Assim, <i>Políticas sectoriais de saúde, educação e formação, apoio social, cultura e património cultural, desporto e lazer [devem ser] compatíveis com a territorialização do modelo de ordenamento e de desenvolvimento para a Região”</i>. Do mesmo modo, deve ser definido um <i>“sistema urbano regional que oriente a definição e estruturação das redes de serviços, infraestruturas e equipamentos públicos de âmbito supra-municipal e regional, garantindo condições de equidade territorial em termos de cobertura e acessibilidade”</i> (pág. 91).</p> <p>- Verifica-se, implicitamente, uma relação entre o princípio de coesão territorial evocado pelo PROT – Centro e o desenvolvimento policêntrico e a promoção da relação urbano/rural.</p>
PROT – Alentejo (2010)	<p>- Como grande desígnio, o PROT pretende afirmar o Alentejo como <i>“território sustentável e de forte identidade regional, sustentada por um sistema urbano policêntrico, garantindo adequados níveis de coesão territorial e integração reforçada com outros espaços nacionais e internacionais, valorizando o seu posicionamento geoestratégico”</i> (RCM n.º 53/2010:2962), considerando o <i>Garantir níveis adequados de coesão territorial</i> como um dos nove desafios que se colocam ao ordenamento do território da região.</p> <p>- Ao nível do sistema urbano relaciona o do princípio de coesão territorial com os</p>

	<p>centros urbanos complementares, mencionando igualmente que o modelo de organização do sistema urbano deve assentar na <i>“opção de uma organização policêntrica, quer ao nível regional, assente no reforço de redes de concertação estratégica, quer ao nível dos subsistemas sub-regionais, tomando-o como a estrutura fundamental de suporte à coesão territorial e ao desenvolvimento sub-regional”</i> (RCM n.º 53/2010:2970). Ainda no âmbito deste argumento, considera enquanto objetivos estratégicos, quer <i>“Estruturar redes de centros urbanos sub-regionais assentes na concertação intermunicipal de recursos e equipamentos, capazes de sustentar a coesão territorial e de garantir o acesso a serviços coletivos e funções urbanas de gama alargada”</i>, quer <i>“Promover o acesso às redes e ao uso das TIC, nomeadamente por parte das empresas e dos serviços públicos, contribuindo para um desenvolvimento mais integrado e uma maior coesão territorial”</i> (RCM n.º 53/2010:2981).</p> <p>- É feita ainda uma forte ligação entre a coesão territorial e as áreas rurais: <i>“A estratégia de revitalização económica e social das zonas rurais deverá ser concretizada através de objectivos específicos, tais como: implementação de serviços de proximidade; dinamização e diversificação da actividade económica e do emprego em meio rural; desenvolvimento de competências nas zonas rurais e promoção do reforço da coesão territorial e social”</i> (RCM n.º 53/2010:2979).</p> <p>- Importa, por fim, destacar que a cooperação institucional é ainda vista como meio essencial para a coesão territorial: <i>“A consolidação de um sistema urbano policêntrico de suporte à coesão territorial assenta num conjunto de subsistemas urbanos regionais e em eixos urbanos de proximidade, sustentados em mobilidade, em parcerias de âmbito urbano -rural e ou em cooperações estratégicas interurbanas”</i> (RCM n.º 53/2010:3002).</p>
PROT – Norte (2010)	<p>- É afirmado aqui que o <i>“ordenamento do território, ao procurar as formas de organização espacial que optimizem a sua ocupação e utilização numa perspectiva de sustentabilidade, tem forçosamente de incorporar, independentemente de outras fundamentações, o reforço da coesão territorial como um dos seus objectivos próprios”</i>. E neste sentido considera os seguintes benefícios decorrentes do reforço da coesão territorial: <i>“Contribuir para uma maior equidade nas condições de vida das populações e Potenciar os factores territoriais que contribuem positivamente para as dinâmicas de desenvolvimento”</i>. Acrescentando, em seguida, que <i>“Por esta via, as políticas de ordenamento territorial, e os instrumentos que as materializam, deverão desejavelmente incluir a temática da coesão territorial no corpo central das suas preocupações e objectivos”</i> (pág. 19).</p> <p>- A promoção da coesão territorial é assim vista como <i>“complemento optimizador da competitividade territorial”</i>, materializada pela <i>“crescente equidade territorial de acesso a bens, serviços e oportunidades”</i> que, por sua vez, deverá ser garantida através da <i>“máxima eficiência das intervenções – em termos de rapidez de efeitos e de universalização – num contexto de utilização sustentável dos recursos. (...) Tal fundamenta e legítima a adopção de elementos de discriminação positiva nas políticas e acções a empreender, uma vez que a manutenção de níveis mínimos de coesão territorial pode exigir a existência permanente de serviços / equipamentos mínimos, não sustentados em critérios ou limiares económicos para as procuras existentes ou potenciais”</i> (pág. 24).</p>
PROT – AML (2010)	<p>- Na <i>visão</i> deste PROT para 2020 começa por fazer-se uma referência explícita à coesão territorial nos seguintes moldes: <i>“A sustentabilidade social e ambiental, o reforço da coesão sócioterritorial, a valorização da diversidade étnica e cultural, a competitividade internacional e a eficiência da governação são, nesse horizonte, condições e metas do desenvolvimento económico e social da Região”</i> (pág. 25).</p> <p>- Contudo, a noção de coesão territorial é pouco explorada explicitamente neste plano e, quando surge, é associada particularmente à ideia de coesão social e cultural. Por isso mesmo, a menção explícita é efetuada nos domínios de intervenção que dizem respeito à <i>Equidade no Acesso e Participação nas Actividades Culturais e do Conhecimento</i> (pág. 269).</p> <p>- É também possível encontrar o termo coesão em que a dimensão territorial está presente, ainda que não de forma explícita, mas que ajuda a perceber a interpretação dada pelos autores a este conceito: <i>“O sistema urbano fundamental deve estruturar-se e sustentar-se em torno de quatro níveis de aglomerações urbanas, cuja coesão, massa crítica e</i></p>

capacidade polarizadora resultam da agregação de centralidades próximas e com significativa interdependência” (pág. 92). As noções de massa crítica e policentrismo emergem, assim, facilmente a partir desta visão de coesão para o sistema urbano.

Refira-se que no próprio documento de orientação dos PROT é igualmente mencionada a importância de um outro instrumento de orientação política, o QREN 2007/2013, *“no qual se integram as opções estratégicas de desenvolvimento que as Regiões definirem para os próximos anos. Esta dinâmica não só é especialmente favorável ao lançamento de uma reflexão sobre a organização territorial da Região e sobre o uso e a transformação do território a consubstanciar no PROT, como necessita da incorporação das políticas territoriais para garantir a sustentabilidade da trajectória de desenvolvimento pretendida. Como tal, os PROT, além de serem um pilar da política de desenvolvimento territorial, são documentos fundamentais para a definição dos programas de acção a integrar no próximo período de programação das intervenções co-financiadas pelos Fundos Estruturais e de Coesão da União Europeia”* (SEOTC, 2005:3).

Tendo por base as orientações da Política de Coesão da UE, o QREN 2007/2013 menciona também a coesão territorial enquanto objetivo a alcançar, designadamente através das orientações que emana para os respetivos Programas Operacionais. Aliás, no diagnóstico efetuado à situação portuguesa e exposto no documento do QREN 2007/2013, é destinada uma secção à coesão territorial, associando-se, de uma forma generalizada, o objetivo de coesão à procura de convergência em matéria de condições e qualidade de vida: *“com um interior menos estigmatizado”* (pág. 33).

A mesma observação pode ser feita em relação ao PNACE 2005/2008: elaborado sensivelmente no mesmo período, e tendo como referência a Estratégia de Lisboa, considera a coesão territorial uma *política transversal* integrante da estratégia de desenvolvimento que preconiza, referindo inclusive que *“a próxima geração de política regional contemplará medidas de discriminação positiva a favor de regiões menos desenvolvidas no caso de projectos com elevado potencial inovador e indutores de progresso tecnológico”* (PNACE, 2005:25). Numa secção destinada à coesão territorial (e sustentabilidade ambiental), e embora sem nunca explicitar o seu significado ou o caminho para a alcançar, encontram-se associadas expressões como *valorização do território, coerência e eficiência dos instrumentos de ordenamento, sistema urbano mais policêntrico e redes de cooperação*.

Importa também mencionar que o próprio PNACE 2005/2008 destaca a *Política de Cidades POLIS XXI* enquanto instrumento de orientação política que reforça a capacidade de inovação, a competitividade e a internacionalização da base económica com a melhoria da qualidade de vida, cujo financiamento dos instrumentos que utiliza está assegurado através dos Programas Operacionais do QREN 2007-2013. Partindo do reconhecimento que *“um modelo de desenvolvimento cada vez mais dependente do conhecimento e da inovação pressupõe uma sólida base urbana e exige às cidades uma elevada qualificação das suas funções e uma forte capacidade de fixação e atracção de pessoas criativas e de actividades inovadoras”* (POLIS XXI, 2008:3), esta

política tem como referencial o modelo territorial consagrado no PNPOP e, como tal, deve contribuir para a coesão territorial – mencionando, por isso mesmo, a necessidade de reforçar espaços do interior e privilegiar ligações em rede.

Por outro lado, e porque o território não compreende só espaços urbanos (aliás, a própria Política de Cidades POLIS XXI sublinha a necessidade de se promoverem relações de complementaridade entre espaços urbanos e rurais), convém dizer que o PNDP 2007/2013 refere que um modelo de desenvolvimento rural sustentável implica o reforço da coesão territorial (e social), fator fundamental do desenvolvimento nacional, impossível de concretizar em toda a sua extensão sem que seja assegurada a diminuição das disparidades territoriais.

Por fim, concebida como um mecanismo de integração e projeção no horizonte de 2015 dos diversos instrumentos de orientação estratégica nacional, designadamente do PNPOP e do PNACE, importa referir a ENDS – 2015. O grande desígnio que enforma este instrumento de orientação estratégica é o de *“Retomar uma trajetória de crescimento sustentado que torne Portugal, no horizonte de 2015, num dos países mais competitivos e atractivos da União Europeia, num quadro de elevado nível de desenvolvimento económico, social e ambiental e de responsabilidade social”* (ENDS, 2008:12). Para alcançar tal desígnio, são traçados diversos objetivos, destacando-se para os devidos efeitos o quinto: *Melhor conectividade internacional do país e valorização equilibrada do território* (ENDS, 2008:44). Neste, é sublinhado que deverão ser *“mobilizados os diversos instrumentos de planeamento com impacto directo no território, aproveitando e valorizando os diferentes recursos naturais e as diversas potencialidades e actividades locais e regionais, de modo a favorecer um modelo de desenvolvimento mais sustentável no plano económico e social e mais coerente e equilibrado em termos ambientais e territoriais”*, sendo feita referência explícita à promoção do policentrismo urbano e da coesão territorial enquanto orientações estratégicas a assumir perante a evolução da organização territorial no horizonte temporal da ENDS – 2015. Neste âmbito, as ideias subjacentes ao conceito de coesão territorial consistem essencialmente em: articular a estrutura do sistema urbano com a das redes de transportes e acessibilidades, reforçar o desenvolvimento policêntrico enquanto fator orientador do ordenamento do conjunto da estrutura urbana e do sistema de acessibilidades, integrar como parceiros ativos os territórios de baixa densidade nas dinâmicas de desenvolvimento, promover uma perspectiva integrada de desenvolvimento urbano-rural e, ainda, assegurar uma boa conectividade digital da malha policêntrica referida e promover o enraizamento local das competências em tecnologias de informação e comunicação.

Importa ainda referir que a ENDS faz igualmente referência ao facto da *sustentabilidade de desenvolvimento* passar por uma *administração pública mais eficiente e modernizada* (sétimo objetivo) que, entre outras questões, não só seja capaz de *“ultrapassar um funcionamento muito fragmentado e centrado na visão*

sectorializada, para um funcionamento em rede, privilegiando a cooperação, as parcerias e a participação, nomeadamente dos actores sócio-económicos e dos cidadãos em geral, que garanta resposta à necessidade de definir e implementar políticas cada vez mais transversais e integradoras de múltiplas valências e responsabilidades, como também esteja dotada de sectores de provisão de bens e serviços públicos, designadamente um sistema de justiça mais ágil e moderno, contribuindo positivamente para o reforço da confiança e para a regulação económica e social, e sistemas de educação, saúde e segurança mais eficientes e com maior qualidade” (ENDS, 2008:51). Mas, também aqui, não se faz qualquer menção explícita à coesão territorial.

Finalmente, à observação dos principais documentos de orientação estratégica segue-se a leitura do contributo formal (e institucionalmente transversal) das Autoridades Portuguesas para a consulta pública sobre o Livro Verde. Sendo um documento direccionado para a coesão territorial, ao contrário dos documentos analisados anteriormente, é natural que o grau de profundidade sobre o conceito de Coesão Territorial seja diferente. No entanto, mais do que se discutir uma perspetiva operacional de Coesão Territorial, no documento fica espelhada a preocupação em clarificar-se o *porquê* e o *para quê* da sua adoção política. Do ponto de vista concetual, a ideia de coesão territorial fica associada a questões como *“maior coerência entre diferentes políticas”* (MNE, 2008:6), *“maior convergência e integração entre distintos territórios”* (MNE, 2008:6) e valorização das *“especificidades territoriais”* (MNE, 2008:9). Não se verifica, portanto, uma explicitação clara do que significa um território coeso e quais os caminhos a trilhar para se alcançar a coesão territorial.

Que dizer, então, do processo de *europeização* do princípio de coesão territorial no caso português? A análise da sua adoção nos instrumentos supracitados pode ser efetuada à luz de três registos complementares: o período de preparação e publicação dos documentos de suporte dos instrumentos (anterior vs. posterior ao Livro Verde), a natureza da adoção do conceito (orientação estratégica vs. objetivo explícito) e as ideias-chave (dimensões analíticas) que caracterizam a forma como o conceito é interpretado nesses mesmos instrumentos.

Os documentos analisados foram publicados entre 2005 e 2010, incluídos no período pós lançamento do Livro Verde sobre a Coesão Territorial (2008) apenas alguns dos PROT. Tal significa que, na maior parte dos casos, a publicação do Livro Verde e o respetivo período posterior de discussão pública acabaram por não influenciar diretamente a elaboração destes documentos. É verdade que a ideia de coesão territorial surge bastante antes no seio das políticas da CE, como já referido. E, por isso, seria expectável a sua referência independentemente do Livro Verde. Mas não é menos certo que a existência deste documento e de um período de debate público transnacional vieram atribuir um motivo adicional para a sua adoção nas agendas nacionais e um maior potencial de esclarecimento do seu significado. Contudo, a análise efetuada mostra que o grau de profundidade e de explicitação do

conceito é independente do lançamento do Livro Verde. Duas razões podem, desde logo, ser apontadas. Por um lado, que o processo de elaboração dos referidos PROT começou antes do lançamento do Livro Verde, pairando a dúvida se este poderia, de facto, ter exercido alguma influência direta. Por outro lado, que o Livro Verde e a sua discussão pública tiveram pouca repercussão em Portugal, não sensibilizando, por isso, os atores nacionais para a necessidade de incorporarem a ideia de coesão territorial de forma mais explícita e esclarecedora.

A natureza da adoção do conceito pode também auxiliar a compreender qual a ambição e centralidade que estes instrumentos lhe conferem. Neste contexto, é possível encontrar a coesão territorial, quer como orientação estratégica, quer como objetivo específico. Enquanto orientação estratégica o conceito ganha outra aspiração e centralidade e passa a servir como referência para a formulação de determinados objetivos específicos. São exemplos disso, o QREN 2007/13, o PNACE 2005/2008 ou mesmo a Política de Cidades POLIS XXI. Enquanto objetivo específico, o conceito, não só perde protagonismo, como passa a ser considerado um fim em si. Encontram-se aqui incluídos alguns dos PROT, como sejam o PROT Alentejo e o PROT Norte. No entanto, esta distinção nem sempre é passível de se efetuar com precisão, dada a ambiguidade com que o conceito é considerado nos instrumentos e a forma em que é usado, verificando-se em diversas situações a dupla natureza.

Uma leitura de conjunto dos instrumentos analisados permite detetar eventuais convergências e divergências sobre como os atores nacionais e regionais se encontram a apropriar da ideia de coesão territorial e, por maioria de razão, como este princípio foi interpretado no processo de elaboração dos mesmos instrumentos. A interpretação do próximo quadro deve ser, todavia, cuidadosa, na medida em que, como já referido, as principais observações advêm de apontamentos implícitos e não explícitos sobre coesão territorial. O principal interesse do quadro reside no facto de, resumindo as ideias-chave dos instrumentos anteriormente analisados, colocar em evidência as fragilidades existentes em torno do processo de *europização* no que respeita ao princípio de coesão territorial que, em muito, resultam da aparente ausência de um conceito claro e operacional deste princípio.

Quadro 2: Sistematização da leitura dos documentos de orientação estratégica no que respeita às principais ideias associadas à coesão territorial

Documento de orientação estratégica	Principais ideias associadas à Coesão Territorial
<i>PNPOT</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Dinamização de processos de desenvolvimento regional (concentração de intervenções tomando a rede de cidades como referência e o modelo de desenvolvimento policêntrico). - Acesso generalizado a Serviços de Interesse Geral. - Desenvolvimento de infraestruturas e redes de transportes.
<i>PROT</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Aposta em modelos de organização territorial baseados num sistema urbano policêntrico, em serviços de proximidade e na dinamização e diversificação da atividade económica e do emprego em meio rural. - Valorização da diversidade territorial e promoção de potencialidades endógenas. - Promoção de equidade no acesso a bens, serviços e oportunidades (adoção de elementos de discriminação positiva). - Cooperação institucional e articulação de políticas.
<i>QREN 2007/2013</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Convergência em matéria de condições e qualidade de vida. - Reforço das redes de estruturação do território (conectividade nacional e internacional).
<i>PNACE 2005/2008</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Valorização equilibrada do território (medidas de discriminação positiva a favor de regiões menos desenvolvidas, sistema urbano mais policêntrico, redes de cooperação). - Valorização das potencialidades endógenas. - Articulação de políticas e instrumentos de ordenamento.
<i>Política de Cidades POLIS XXI</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Reforço dos espaços do interior (relações de complementaridade entre espaços urbanos e rurais). - Promoção de ligações em rede.
<i>ENDR 2007/2013</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Diminuição das assimetrias regionais.
<i>ENDS 2015</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Valorização equilibrada do território (acessibilidades, desenvolvimento policêntrico, desenvolvimento urbano-rural, conectividade digital). - Promoção de administração pública mais eficiente e modernizada (funcionamento em rede, participação, políticas transversais, bens e serviços públicos).
<i>Contributo das Autoridades Portuguesas</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Articulação de políticas e atores de diferentes territórios. - Valorização das especificidades territoriais.

O facto de, por diversas vezes, ser feita referência, nestes mesmos documentos, a outros instrumentos orientadores e sublinhada a importância destes se articularem, uma leitura mais aprofundada dos mesmos (e refletida no quadro síntese anterior) confirma que as orientações não convergem totalmente no que respeita ao significado que é conferido à coesão territorial. Aliás, a própria abrangência com que o conceito é adotado no âmbito do contributo formal das Autoridades Portuguesas para a consulta pública sobre o Livro Verde e a necessidade sentida em debruçar-se essencialmente na explicação da razão de ser da sua adoção política espelham bem a dificuldade em definir-se e seguir-se um rumo comum para a operacionalização do princípio de coesão territorial. Este contexto – formas diferenciadas de considerar o conceito na agenda política e sua amplitude interpretativa – indica bem a heterogeneidade e o carácter multidimensional deste princípio. Na verdade, os dois registos anteriores – período de preparação e publicação dos documentos e natureza da adoção do conceito – poderiam conferir algum sentido a esta heterogeneidade, mas as conclusões alcançadas através da leitura documental não permitem efetuar qualquer observação adicional.

O percurso efetuado neste capítulo sobre o princípio de coesão territorial através da reconstituição da narrativa europeia na sua adoção enquanto novo paradigma de desenvolvimento territorial, primeiro, e por intermédio da análise dos principais instrumentos de orientação nacional, depois, procurou apresentar fundamentos que justifiquem a inclusão deste princípio nas agendas políticas. Mas reforçou igualmente o argumento de que, embora se verifique uma crescente utilização deste princípio, o seu conceito ainda não se encontra bem esclarecido. Por outro lado, se é verdade que as razões aqui enumeradas justificam a adoção do princípio de coesão territorial no contexto atual de formulação de políticas públicas em geral, importa também ter a noção sobre como, do ponto de vista político-normativo, este princípio é abordado no âmbito específico dos SIG. É justamente sobre esta questão que se dedica o próximo ponto, para posteriormente se avançar com um aprofundamento concetual do princípio de coesão territorial.

2.2.4. A adoção do princípio de Coesão Territorial no âmbito dos Serviços de Interesse Geral

Como já salientado, o princípio de coesão territorial surge formalmente em 1997 com o *Tratado de Amesterdão*. Ora, sendo certo que a sua inclusão veio reconhecer o valor acrescentado da dimensão territorial, o pretexto usado foi precisamente o de realçar a importância do acesso aos SIG para a qualidade de vida dos cidadãos, podendo a dificuldade de acesso a estes serviços ter consequências nocivas em áreas menos desenvolvidas (Faludi, 2005a), tornando, deste modo, os SIG “*one of the main principles of our action and an integral part of the European model*” (Prodi, 2003:3)³³. De uma forma geral, a

³³ No art.º 16º, o Tratado vem realçar a posição que estes serviços ocupam no conjunto dos valores comuns da UE e o papel que desempenham na promoção da coesão social e territorial.

ideia que emerge, tanto do Tratado de Amesterdão, como de diversos documentos oficiais posteriores, é a de que, não só os SIG são considerados componentes essenciais do Modelo Social Europeu³⁴, como também a sua provisão resultará em (ou contribuirá fortemente para) uma maior coesão territorial (consultar, *inter alia*, CEC, 2001a; 2004b; COR, 2005). A ligação concetual entre os SIG, o princípio de coesão territorial e o Modelo Social Europeu reflete, pois, a vontade política de combinar a procura do desenvolvimento económico com os princípios de solidariedade e equidade (Faludi, 2007; Colomb e Santinha, 2014). E se, por um lado, a ideia de coesão territorial *espacializa* o Modelo Social Europeu, ao apelar a uma maior solidariedade e equidade “*not only amongst European citizens but also amongst European territories*” (Davoudi, 2005:437), por outro, os SIG asseguram “*the well-being of citizens, stabilize the economy and generate solid social ties*” (Colomb e Santinha, 2014:464). Segundo estes autores, assegurar o acesso a estes serviços torna-se, deste modo, fundamental para garantir que não surjam desvantagens sociais e económicas decorrentes da localização territorial.

Com efeito, no âmbito do debate sobre os SIG, a bibliografia em torno do princípio de coesão territorial e do Modelo Social Europeu mostra que ambos são animados pela convicção de que “*the market is not everything*” (Faludi, 2005b:6), ou seja, que há valores para além da simples procura do crescimento económico, legitimando a intervenção pública e procurando a “*de-commodification of certain areas of policy*” (Faludi, 2005b:6). Um assunto que tem estado em discussão especialmente desde o início da década de 2000 com o relançamento da Estratégia de Lisboa: *Trabalhando juntos para o crescimento e o emprego – um novo começo para a Estratégia de Lisboa* (CEC, 2005). A este propósito, vale a pena relembrar o discurso que Durão Barroso efetuou por essa altura, muito bem explanado por Faludi (2005b:3), enfatizando a dimensão económica sobre a social e a ambiental: “*When Barroso came clean on his intentions, he invoked the metaphor of his three children, each equally close to his fatherly heart: the economy, social Europe and the environment. With the economy being in poor shape he said it was natural, though, for him to give attention to this, his ailing child*”.

Refira-se que, no âmbito desta discussão (*dimensão económica vs. dimensão social*), Faludi (2005b:6-7) sublinha o facto de que para os territórios serem coesos tendo por base a lógica do Modelo Social Europeu não significa que a dimensão económica fique afetada; pelo contrário, “*territories need to be conceptualised as cohesive in the sense of being well-appointed all the way round, so that people will want to attach*

³⁴ A este propósito, Moreira (2009) diz: “*Se existe um traço singularmente caracterizador do chamado “modelo social europeu”, ele consiste justamente nos serviços públicos (...). De facto, foi através deles que os Estados europeus em geral asseguraram ao conjunto dos seus cidadãos condições básicas do bem-estar individual, da coesão social e do desenvolvimento colectivo*”. Previamente, o mesmo autor tinha feito um paralelismo entre os serviços públicos e os de interesse geral, “*expressão esta que, no jargão comunitário europeu, designa os clássicos serviços públicos, ou seja, aqueles serviços essenciais à vida colectiva postos à disposição das pessoas pelos poderes públicos (Estado, regiões, municípios) ou sob o seu controlo, como a água e a electricidade, os correios e as telecomunicações, os transportes colectivos, a educação, a saúde, etc.*”.

themselves to them, work in them and develop them. The hope is that, because of this feeling of attachment of their citizens, European territories will also be environments that are conducive for the high-quality jobs that Europe necessarily depends on. When push comes to shove, de-commodifying territory may be good business”.

Apesar de salientada, porém, a menção à coesão territorial ainda permanece vaga nos documentos programáticos sobre os SIG, como disso é exemplo o *Livro Branco sobre Serviços de Interesse Geral* (CEC, 2004b:4): “*Na União, os serviços de interesse geral continuam a ser essenciais para a coesão social e territorial e para a competitividade da economia europeia*”. Parece, contudo, que a vontade de garantir o acesso aos SIG se associa em muito à procura de salvaguardar a qualidade de vida das pessoas que residem e exercem a sua atividade profissional em territórios menos desenvolvidos, cuja provisão não pode ser garantida pelas forças do mercado. Com efeito, numa comunicação efetuada no início deste século, a CE diz o seguinte (CEC, 2001a): “*General interest services have a key role to play in achieving these aims. (...) the disappearance of such services is a telling sign of the desertification of a rural area or the degradation of a town. The Community is committed to maintaining the function of these services intact, while improving their efficiency*”.

Uma vez mais, reforça-se, pois, o argumento de que as pessoas não devem ser prejudicadas do ponto de vista das suas oportunidades em virtude do local onde habitam ou trabalham, uma questão sublinhada inclusive pelo Parlamento Europeu na sua resolução sobre o papel da coesão territorial no desenvolvimento regional (EP, 2005:2-3): “*territorial cohesion is based on the principle of equity between citizens, wherever they live in the Union; Calls, therefore, for regional development to be founded on programmes which guarantee equality of treatment between the EU's territories, while preserving their diversity, which inter alia implies appropriate accessibility of services of general interest (SGI) and services of general economic interest (SGEI)*”. Refira-se que, já em 2004, o 3º Relatório sobre a coesão económica e social referia que “*People should not be disadvantaged by wherever they happen to live or work in the Union*”. Seguindo esta linha de raciocínio, mais recentemente Mirwaldt et al. (2009:14) referem “*citizens should not be at a disadvantage because of where they live but should have equal access to services and facilities*”.

Na prática, estas observações apontam para a ideia de que as oportunidades individuais não dependem somente de riscos associados ao desemprego, deficiência, pobreza, doença ou idade, mas estão igualmente associadas ao território onde vivem e trabalham, ou seja, à existência/acesso (ou não) de determinadas condições (e.g. SIG) e oportunidades sociais e económicas. Aliás, é reconhecendo a importância do efeito *contexto local* que apontam os mais recentes trabalhos desenvolvidos para CE (Barca, 2009), pela OCDE (2009a; 2009b; 2009c) e pelo Banco Mundial (2009), ao defenderem uma abordagem baseada no local (*place-based approach*), isto é, apoiada na capacidade de mobilizar o potencial de desenvolvimento territorial e proporcionar uma oferta de serviços *desenhados à medida* de cada território.

Enfatiza-se, assim, a pertinência dos territórios, quer enquanto contextos estruturantes, quer como níveis de intervenção operacionais. Enquanto contextos estruturantes, na medida em que as oportunidades dos indivíduos estão associadas ao território onde vivem ou trabalham, pelo que estes podem constituir fatores amplificadores de determinadas disparidades sociais e económicas. Reside aqui a ideia de que o território não pode ser considerado apenas enquanto repositório de infraestruturas, equipamentos, habitações, indivíduos e instituições, mas também enquanto fator indutor de relações sociais e económicas. Um argumento que vai ao encontro das ideias defendidas por Pirie (1983), Harvey (1996) ou mesmo Dikec (2001:1798): *“problems are produced and reproduced spatially, through the very production of space. Injustice and its persistence, in this sense, is the product of spatial dynamics”*. A título de exemplo, e por facilidade de raciocínio, faça-se a comparação com a distinção entre indivíduos (ou agregados familiares) e territórios em contextos territoriais (*menos* ou *mais desenvolvidos*) e de rendimento (*menores* ou *maiores rendimentos*) díspares. Em termos esquemáticos, isto significa que há quatro combinações possíveis (Quadro 3).

Quadro 3: Distinção entre indivíduos e territórios em contextos territoriais e de rendimento díspares

Indivíduos com <i>maiores rendimentos</i> em territórios <i>mais desenvolvidos</i>	Indivíduos com <i>maiores rendimentos</i> em territórios <i>menos desenvolvidos</i>
Indivíduos com <i>menores rendimentos</i> em territórios <i>mais desenvolvidos</i>	Indivíduos com <i>menores rendimentos</i> em territórios <i>menos desenvolvidos</i>

Este esquema muito simples ajuda a perceber por que razão a dimensão territorial e a sua perspetiva integrada com os SIG adicionam valor às políticas públicas: por exemplo, não só os indivíduos com maiores rendimentos são punidos por viverem em territórios menos desenvolvidos, como também os que possuem menores rendimentos são ainda mais penalizados.

Por outro lado, os territórios também são pertinentes do ponto de vista da política pública enquanto níveis de intervenção operacionais, na medida em que constituem referenciais de ação, quer como forma de diminuir desequilíbrios socioeconómicos, quer como forma de potenciar e otimizar recursos, quer ainda enquanto palcos privilegiados de articulação entre políticas públicas (de base territorial e sectoriais) e entre diferentes atores.

Ora, no contexto recente de política pública, os SIG continuam a deter um papel preponderante no âmbito da discussão e das políticas em torno do princípio de coesão territorial. Esta importância é visível, por exemplo, em quatro momentos recentes. Desde logo, na forma como o *Tratado de Lisboa* (2009) aborda a temática, estabelecendo o direito de acesso a estes serviços a fim de promover a coesão territorial. Em segundo lugar, no modo como a *Resolução do Parlamento Europeu sobre o Livro Verde*

e o debate sobre a reforma da Política de Coesão (P6_TA(2009)0163) refere a importância de garantir um acesso equitativo aos SIG (em particular à educação e à saúde) e que esta questão deve ser discutida no âmbito do debate em torno da coesão territorial. Em terceiro lugar, o próprio 5º Relatório sobre a coesão económica, social e territorial (2010) sublinha que o princípio de coesão territorial reforça a importância do acesso aos SIG. Por fim, e desta feita ao nível das *políticas do mercado único*, fica patente a preocupação da CE no acesso dos cidadãos aos serviços, designadamente quando refere na sua Comunicação *Um Acto para o Mercado Único: para uma economia social de mercado altamente competitiva* (COM(2010) 608 final) que “*embora o projecto europeu esteja assente em regras de mercado, que garantem o acesso dos cidadãos ao maior leque de bens e serviços ao preço mais baixo e promovem a inovação, não deixa de colocar a coesão social e territorial da União no centro das suas preocupações e admite que a simples regulação pelos mercados não dá respostas adequadas para todas as necessidades colectivas que se vão manifestando*”.

A análise desenvolvida até ao momento neste capítulo sobre a coesão territorial, não só justifica que se aprofunde o seu significado enquanto princípio a adotar na formulação de políticas públicas (em geral) e na sua relação com os SIG (em particular), como também lança pistas sobre como balizar o conceito. Com efeito, só assim se poderá perceber que políticas se devem formular e implementar para alcançar um território mais coeso e escapar de uma postura meramente discursiva e desprovida de conteúdo. Dito de um outro modo, e seguindo as palavras de Servillo (2010:413), “*Since the strategic role of discourses seems to have reached a point of no return in structuring ESP [European Spatial Planning], both in the EU context and in the spatial planning discipline, a clearer definition of meanings, roles and competences should be a priority for scholars and EU institutions*”. Ora, é com este intuito que se avança para o próximo ponto.

2.2.5. O princípio de Coesão Territorial: uma interpretação processual

O debate académico e político em torno da coesão territorial tem sido amplo e incorpora inúmeras contribuições do ponto de vista histórico (*porque e como surgiu*) e conceptual (*seu propósito*), seja ao nível da bibliografia académica no domínio do ordenamento do território, da geografia e da economia, seja ao nível de documentos oficiais e orientações da CE. Embora como conceito e objetivo político este princípio tenha vindo a adquirir uma importância elevada, a consulta e análise desta extensa documentação mostra que o seu significado ainda não é consensual, dificultando a capacidade de lidar de forma analítica e normativa com o princípio.

Pelos motivos referidos até ao momento, pode, desde logo, argumentar-se que a utilização deste princípio, quer pelo sentido de coesão, quer pela valorização da dimensão territorial, acrescenta uma perspetiva adicional aos processos de tomada de decisão. Pelo sentido de coesão, na medida em que se procura promover ligações e relações fortes entre indivíduos ou instituições para alcançar finalidades

comuns, através, por um lado, de um maior equilíbrio social e económico, na dupla ótica de distribuição de recursos e de participação nos processos de tomada de decisão, e, por outro, de uma afetação de recursos mais eficiente, valorizando a diversidade e a singularidade. Pela valorização da dimensão territorial, que completa o próprio conceito de coesão, porque o território não é neutro em relação ao aparecimento e desenvolvimento de fenómenos sociais e económicos. A título de exemplo, não é indiferente para uma atividade localizar-se numa área urbana ou rural, numa área central ou periférica, na medida em que o território é diferenciado nos recursos (naturais, patrimoniais, culturais, humanos, institucionais e físicos) que o caracterizam e na capacidade que possui para combinar estes distintos fatores e gerar processos de desenvolvimento económico e social.

Mais do que a procura de uma definição exata de coesão territorial, porém, importa clarificar o seu conteúdo efetivo e funcional, um percurso que também se encontra por trilhar do ponto de vista científico e político. Uma leitura sistémica do corpo teórico existente e das questões-chave que levanta permite formalizar um conjunto de *dimensões analíticas* subjacentes ao princípio de coesão territorial, designadamente:

- Reconhecer e lidar com a heterogeneidade territorial e a complexidade das dinâmicas territoriais;
- Estabelecer uma organização territorial que promova a intensificação das relações interurbanas e a complementaridade de usos, funções e competências entre áreas urbanas e espaços rurais;
- Desenvolver intervenções integradas assentes em sistemas de governança territorial.

O argumento que aqui se apresenta é o de que a perceção e o aprofundamento destas três dimensões permitem clarificar o significado e lançar as bases para a operacionalização do princípio de coesão territorial. A sua análise será efetuada tendo por base duas preocupações: por um lado, procurando entender o que caracteriza cada dimensão e clarificando de que forma estas se relacionam com a ideia de coesão territorial; por outro, pretendendo enquadrar e balizar a análise a efetuar numa ótica de intervenção de políticas públicas. A análise culminará na apresentação de um quadro síntese de ideias-chave que servirá como referencial para a formulação de políticas públicas tendo por base o princípio de coesão territorial.

Dimensão heterogeneidade territorial

Lidar com a heterogeneidade territorial e a complexidade das dinâmicas territoriais significa, por um lado, reconhecer e combater a problemática associada às disparidades territoriais (amplamente

divulgadas nos diversos relatórios produzidos, quer no âmbito da OCDE, quer no seio da CE) e, por outro, tirar partido da diversidade territorial³⁵.

A questão das disparidades desde cedo que constituiu numa das principais preocupações inerentes às políticas públicas – veja-se, por exemplo, o caso da Política de Coesão da UE e a atribuição dos fundos estruturais –, cujas intervenções têm sido, de certa forma, ancoradas no desenvolvimento de estratégias de promoção de *justiça social*, um princípio normativo associado à equidade ou igualdade de oportunidades, como já salientado. A associação do conceito de justiça social a questões territoriais por autores como Lefebvre (1968; 1996), Harvey (1973; 1996), Young (1990) e, mais recentemente, Soja (2010) e Fainstein (2010), veio, não só contribuir para um aprofundamento da noção de território³⁶, que não deve ser encarado simplesmente enquanto objeto inanimado e passivo onde ocorrem processos sociais, como também chamar a atenção para a relação que existe entre esta dimensão e a sociedade. Aliás, é neste contexto que estes autores avançam com a noção de *justiça espacial*, em comum argumentando que a procura de justiça implica perceber, não só a relação dialética entre as condições económicas e sociais de diferentes grupos, mas também a geografia da injustiça, não sendo portanto possível compreender a questão da equidade sem considerar de que forma é que os serviços, as oportunidades e o próprio poder institucional se encontram geograficamente distribuídos³⁷.

³⁵ Refira-se, por exemplo, que o 3º Relatório Síntese do ESPON (2006:3) aponta claramente neste sentido, argumentando: “*Territorial potentials of European regions and their diversity are becoming increasingly important for the development of the European economy in times of globalisation. Territorial imbalances on the other hand challenge the economic, social and territorial cohesion within Europe*”.

³⁶ A bibliografia aqui divide-se ao nível da nomenclatura, preferindo alguns autores referir-se a *espaço* e outros a *território*. Apesar de tudo, são vários os autores que assinalam o facto de estas duas designações apresentarem significados diferentes, sendo este último mais abrangente. Uma distinção que é normalmente feita decorre do EDEC (1999) numa tentativa de harmonização de terminologias entre as diversas culturas europeias (Salez, 2009:5): “*space refers to an environment in which physical and economic events take place (we speak for example of air space, land space or sea space), while territory adds to this idea the societies and actors who live in it and the institutions that organise it. A territory is then seen as a living space administered and socially organised*”. Não se pretende que esta discussão surja no âmbito desta dissertação, particularmente quando a análise que está a ser efectuada neste ponto em concreto é sobre o conceito de justiça espacial e a sua importância enquanto *finalidade/valor* para combater a problemática associada às disparidades territoriais. E, neste âmbito, como refere Soja (2010:225), “*these alternatives [territorial justice; environmental justice] enrich the concept of spatial justice but at the same time deflect the search for a deeper understanding of the consequential spatiality of justice and limit its potential for generating new ideas and innovative strategies of application*”.

³⁷ Por curiosidade, refira-se que, do ponto de vista da terminologia, a primeira tentativa de ligar as questões de justiça à geografia coube a Davies (1968), avançando explicitamente com o conceito de *territorial justice* numa óptica de análise da distribuição de serviços locais em relação às necessidades existentes. Com maior ênfase nas questões sociais, e explorando a visão de Rawls (1971) de *justiça social*, Harvey (1973:98) avança com a noção de *territorial social justice*, que ele define como sendo a “*just distribution justly arrived at*”. Estes dois trabalhos influenciaram um conjunto de outros que se seguiram no âmbito da temática da *justiça espacial*. É posteriormente com Young (1990:192) que se verifica, uma vez mais, um diferente enfoque, sublinhando que este conceito não deve ser reduzido à questão distributiva, sendo igualmente importante reconhecer que as formas de opressão são também causadoras de injustiça: “*Injustice, I have argued, should be defined primarily in terms of the concepts of oppression and domination, rather than distribution*”. Sobre o percurso histórico do conceito de justiça espacial consultar, a título de exemplo, Dikeç (2001) e Smith (2000).

Reconhecendo, então, que as disparidades territoriais merecem a maior atenção possível, torna-se crucial intervir sobre os territórios se os quisermos mais equitativos, devendo, neste sentido, a distribuição de recursos e serviços (e respetivo acesso) ser considerado um direito humano básico. E, de facto, esta foi de algum modo a primeira preocupação explícita por detrás da noção de coesão territorial do ponto de vista das políticas públicas da CE, na procura do que se designa por um desenvolvimento territorial homogéneo do espaço europeu e em cada um dos estados-membros, como ficou explícito no percurso histórico apresentado anteriormente. Uma questão que vem reforçada em 2004 através do lançamento de duas publicações por parte da CE. Por um lado, pelo *3º Relatório sobre a coesão económico e social*, no qual é referido *“People should not be disadvantaged by wherever they happen to live or work in the Union”* e reconhecido que o princípio de coesão territorial ao reforçar a coesão económica e social procura alcançar um desenvolvimento do espaço europeu mais equilibrado através da redução das disparidades. Por outro lado, pelo *Livro Branco sobre os Serviços de Interesse Geral*, no qual se assume que a acessibilidade a estes é essencial *“para a coesão social e territorial e para a competitividade da economia europeia”*.

Assim sendo, abraçar a problemática associada às disparidades territoriais implica lidar de forma diferenciada as áreas com características geográficas (ecológicas, sociais e económicas) especiais. A este propósito, Botka et al. (2009:29) apresentam alguns exemplos que ilustram de forma esclarecedora esta questão: *“in areas rich in natural and cultural regional assets, satisfying the need for a healthy living environment and recreation, interest in traditions, the demand for local handicrafts and cottage industry products are increasingly turning into resources. In these areas the most important task is to preserve assets and protect them from further damage (e.g. from industry, agriculture, urbanization and transport-intensive tourism). The various regional assets (e.g. landscape, natural and cultural heritage, specific traditional cultivation methods and production areas and tangible cultural assets) can be used as resources in developing the regions; they can be drawn on to create products in the fields of tourism, recreation, handicraft and cottage industries or food industries”*. Os mesmos autores diferenciam igualmente o desenvolvimento de áreas ambientalmente sensíveis, referindo: *“These areas considered to be key areas in terms of spatial development have unique natural and cultural assets. Therefore, when drawing up and implementing development programmes, efforts must be made to preserve these vulnerable ecological systems and to consider how to manage them sustainably, to establish farming methods complying with landscape and ecological characteristics and to ensure the protection of cultural heritage”*. Por outro lado, o próprio Tratado de Lisboa (2009), através do seu art.º 174º, é bastante claro no que respeita a esta questão, afirmando: *“In order to promote its overall harmonious development, the Union shall develop and pursue its actions leading to the strengthening of its economic, social and territorial cohesion. In particular, the Union shall aim at reducing disparities between the levels of development of the various regions and backwardness of the least favoured regions. Among the regions concerned, particular attention shall be paid to rural areas, areas affected by industrial transition, and regions which suffer from severe and permanent natural or*

demographic handicaps such as the northernmost regions with very low population density and island, cross-border and mountain regions”.

Incute, portanto, um juízo de discriminação positiva, atribuindo uma dimensão de justiça espacial à política pública e apelando à solidariedade, não só entre cidadãos, mas também entre territórios (Davoudi, 2009). Significa que a ação pública deverá ser diferenciada por uma questão moral e de acordo com as necessidades existentes (Harvey, 1973; Boyne et al., 2001), tratando de forma diferente realidades que são estruturalmente distintas, pelo que a solução *one-size-fits-all* é insuficiente para lidar com a heterogeneidade territorial existente – *“the main focus (...) is to make use of the diversity and to view it as a potential rather than a deficiency (...) using this potential to the search for a tailor-made and appropriate strategy”* (Eser, 2009:31). Acresce que esta ação pública diferenciada influencia igualmente a forma como em cada território se consegue lidar com os mais diversos desafios que a sociedade em geral enfrenta e enfrentará a curto e médio prazo. O documento *Regions 2020* (2008:17) da CE, que constitui um ponto de referência para a definição de orientações em matéria de Política de Coesão, dedica-se precisamente a esta questão, afirmando *“Europe will face a number of key challenges in the years to come, including among others: adapting to globalisation, demographic change, climate change and the energy challenge. All European regions will be affected. However each of the challenges exhibits a distinct pattern”*.

Reconhecer a heterogeneidade territorial implica também, por conseguinte, tirar partido da diversidade dos territórios, ou seja, considerar as potencialidades e as fragilidades territoriais diferentes, o que consequentemente se traduz na análise das capacidades (bens, capitais, recursos...) existentes para formular políticas territorialmente diversificadas. Uma perspetiva que tem sido amplamente defendida nos tempos mais recentes e em que procura associar a ideia de que um território que tira partido da sua diversidade (e respetivas singularidades) é um território mais coeso e com maior potencial para se tornar mais competitivo e resiliente³⁸, ou seja, com maior capacidade de se antecipar e adaptar face às adversidades e às grandes tendências evolutivas³⁹ (Hamdouch et al, 2011). Está-se aqui perante o que diversos autores designam por valorizar o *capital territorial*, isto é, ser capaz de tirar partido dos

³⁸ A temática associada à *resiliência*, designadamente à *resiliência territorial*, é já extensa. Para um aprofundamento desta questão consultar, por exemplo, os trabalhos desenvolvidos por Brand e Jax (2007), Santos (2009) e Hamdouch et al (2011).

³⁹ Faça-se, a este propósito, uma analogia da ideia aqui subjacente com o que se poderá designar por fenómeno *Dobjansky*, apresentado por Castro et al (2000:195) na procura de justificar porque determinados ambientes mais pequenos e singulares são mais propícios à inovação e disseminação que outros: *“Somebody with the uncommon family name Dobjansky, arriving to a big metropolis such as New York, is unable to spread his name and to transform it in a common one in the future, even if he succeeds to have 10 or more children. Conversely, a very prolific Dobjansky can rapidly disseminate his name in a small town and, if it happens to be the case that this small town starts a process of fast growth, inducing a very fast growth in the surrounding region, Dobjansky can be transformed into a very popular name in the long run”*. Seguindo este raciocínio, a existência de territórios heterogéneos, menos densos e com determinadas singularidades pode favorecer a diversidade cultural e tecnológica e, portanto, a capacidade criar oportunidades a partir dos activos específicos de cada local, tornando-os mais competitivos e resilientes.

elementos (características locais por vezes únicas) de que dispõe o território ao nível material (na forma de recursos naturais e culturais, bens públicos e a estrutura urbana em geral) e imaterial (no que respeita à capacidade relacional, ao empreendedorismo, à criatividade e à liderança) (Camagni & Capello, 2010)⁴⁰.

Ora, esta é a postura que a própria CE tem crescentemente defendido no âmbito da atribuição dos fundos estruturais e amplamente difundido, seja através da Política de Coesão, seja por intermédio da Estratégia *Europa 2020*. Esta mudança de orientação assenta, pois, no pressuposto de que a coesão não decorrerá somente da concentração de recursos comunitários nas regiões menos desenvolvidas, postura tradicional de uma política redistributiva como resposta a assimetrias regionais de desenvolvimento. A melhoria destas regiões exige investimento seletivo, qualificador e capaz de valorizar os seus recursos endógenos (Santinha et al., 2009) ou, nas palavras da ex-comissária para a política regional Danuta Hubner (2008:2), *“Europe is a small continent, certainly too small to afford to waste its assets. It is important to unlock latent economic potential in all territories by building capacities and delivering public goods. Our economy cannot be based on two distinct categories of players: highly skilled citizens and regions well positioned in global networks of exchange, contrasting with unskilled citizens and regions left in a permanent state of underdevelopment”*.

Dito de um outro modo, as intervenções públicas devem deixar de ser tendencialmente desenhadas a partir de situações problemáticas para passarem (também) a considerar o território, quer enquanto recurso fundamental para aumentar o leque de oportunidades de quem aí vive ou desenvolve a sua atividade, quer enquanto fonte de qualidade de vida e bem-estar para as pessoas e de conhecimento e bom desempenho para as organizações (Ferrão, 2003). E, neste sentido, está também patente um critério de discriminação positiva, ao qual podemos acrescentar uma lógica de mérito ou *desert/recompensa* segundo alguns autores (consultar, *inter alia*, Harvey, 1973; Boyne et al., 2001; Dabinett, 2011), em que cabe a cada território mostrar que é capaz de valorizar o seu capital territorial. Refira-se, aliás, que esta lógica está bem patente atualmente na Política de Coesão, em que conseguir demonstrar que se é capaz de valorizar o capital territorial equivale a uma maior possibilidade de aquisição de fundos.

⁴⁰ O conceito de capital territorial foi proposto primeiramente pela OCDE (2001) num contexto de política regional no documento *Territorial Outlook* e reiterado posteriormente pela DG Região da CE: *“Each region has a specific ‘territorial capital’ that is distinct from that of other areas and generates a higher return for specific kinds of investments than for others, since these are better suited to the area and use its assets and potential more effectively. Territorial development policies (policies with a territorial approach to development) should first and foremost help areas to develop their territorial capital”* (European Commission, 2005:1, *apud* Camagni, 2008).

Dimensão organização territorial

A ideia subjacente a esta questão reside nas próprias palavras-chave que o Livro Verde sobre a Coesão Territorial menciona, designadamente: *concentração* (ultrapassar as diferenças de densidade, evitando concentrações excessivas de crescimento e facilitando o acesso à partilha dos benefícios proporcionados pelas aglomerações existentes em todos os territórios), *conectividade* (suprimir as distâncias, em que o acesso a Serviços de Interesse Geral de forma social e espacialmente equitativa se revela fundamental) e *cooperação* (eliminar divisões, na medida em que os problemas da conectividade e da concentração só podem ser eficazmente resolvidos com a estreita cooperação entre todos os níveis de intervenientes)⁴¹. Poderá argumentar-se que a lógica por detrás de (des)concentração, conectividade e cooperação está associada aos conceitos de *desenvolvimento policêntrico* e *nova parceria urbano/rural*, que têm estado na base de grande parte das políticas de ordenamento do território desta última década e que surgem institucionalizados no EDEC.

A procura de uma Europa mais policêntrica e territorialmente equilibrada surge como resposta às persistentes disparidades territoriais verificadas no espaço europeu e às discussões em torno do desenvolvimento territorial que eram dominadas pelo pensamento convencional centro/periferia, em que a área mais desenvolvida economicamente era circunscrita por Londres, Paris, Milão, Munique e Hamburgo (designado no próprio EDEC por Pentágono) e a restante (periferia) necessitava de auxílio urgentemente. A noção de desenvolvimento policêntrico, não só introduz no debate uma interpretação mais sofisticada da organização territorial da Europa, sublinhando o potencial que outros centros (fora da área dominante) possuem (Meijers et al., 2007), como também pressupõe (Ferrão, 2002: 33): i) “*a convicção de que uma Europa mais forte necessita de um maior número de polos capazes de competir com sucesso nos mercados globais*”; ii) “*a ideia de que uma Europa mais equilibrada implica a existência de polos de valia europeia tanto no seu core como nas suas várias periferias*”; iii) “*a defesa de que uma visão sistémica do conjunto do espaço europeu permitirá recorrer às estratégias transnacionais de cooperação e complementaridade como meio ativo para valorizar de forma mais inteligente os recursos de toda a Comunidade*”.

A lógica por detrás da adoção do desenvolvimento policêntrico enquanto objetivo político favorável para o território Europeu residiu igualmente no reconhecimento da Europa estar a sentir os efeitos decorrentes do fenómeno de metropolização, associados em parte, quer aos custos da sobre-concentração (poluição urbana, disponibilidade de solo, tempo de deslocação, fragmentação social...),

⁴¹ Por curiosidade, segundo Servillo (2010), estas três *respostas políticas* à coesão territorial – *concentração*, *conectividade* e *cooperação* – formam um esquema retórico apelando à simplicidade dos 3 C's, cuja utilização emerge como a resposta política apropriada ao esquema dos 3 D's avançados pelo *World Bank* enquanto fatores que afetam o ritmo de desenvolvimento social e económico, a saber: *densidade*, *distância* e *divisão*.

quer à perda de identidade territorial, aos quais se adicionam preocupações com a procura de um desenvolvimento mais sustentável⁴². Refira-se que esta dicotomia *metropolização (monocentrismo) / policentrismo* tem sido palco de debate na arena académica e política, sobressaindo expressões-chave comparativas como divisão centro/periferia vs. esgotamento do modelo centro periferia, economia dual vs. crescimento multi-repartido, congestão e poluição vs. desenvolvimento sustentável, competição vs. cooperação e disparidades territoriais vs. equidade territorial (consultar, *inter alia*, Baudelle, 2003; Allain et al., 2003; Parr, 2004; Groth et al., 2011). Partindo de um ponto de vista distinto, Waterhout et al (2003) invocam argumentos coincidentes sobre as vantagens da adoção de políticas que promovam uma organização territorial policêntrica, nomeadamente o desenvolvimento equilibrado e equitativo do território, o reforço da posição competitiva das áreas urbanas, o desenvolvimento de redes urbanas, o contrabalançar dos problemas resultantes da sobre-concentração, a prevenção do êxodo rural e o evitar da dispersão urbana.

Segundo vários autores, designadamente Azevedo e Cichowlaz (2002), Hague e Kirk (2003) e Waterhout et al. (2003), a aposta no policentrismo procura encontrar respostas para a crescente aparente contradição entre eficiência económica e equidade territorial. A ideia assenta, portanto, no que Azevedo e Cichowlaz (2002) designam por *competitividade equilibrada* (procurando promover simultaneamente a equidade e a eficiência), encorajando o desenvolvimento de vários centros de competitividade nas áreas mais periféricas da UE como forma de complementar a área central, o que mais tarde veio a ser reconhecido no âmbito do 3^a Relatório Síntese do ESPON (2006) como sendo um factor preponderante para alcançar uma maior coesão territorial. Refira-se, a este propósito, que, embora o conceito de desenvolvimento policêntrico tenha sido introduzido pelo EDEC, a sua utilização e disseminação foi facilitada pelos trabalhos especificamente produzidos para esta temática pelo Programa ESPON (2005; 2007) e ainda por outros estudos internacionais (consultar, *inter alia*, Allain et al., 2003; Hague e Kirk, 2003; Hall e Pain, 2006; Meijers et al., 2007). Já mais recentemente, a importância do desenvolvimento policêntrico para a coesão territorial foi reiterada pela Agenda

⁴² A noção de desenvolvimento sustentável surge formalmente consagrada em 1987 no *Relatório de Brundtland – O Nosso Futuro Comum* e é colocada na agenda política mundial em 1992 pela Conferência das Nações Unidas sobre Ambiente e Desenvolvimento, sendo genericamente definido como sendo “o desenvolvimento que satisfaz as necessidades presentes sem comprometer a capacidade de as gerações futuras satisfazerem as suas próprias necessidades”. Na sua essência, este conceito pressupõe uma alteração profunda dos valores e das valências de desenvolvimento, com princípios conjugados de equidade social, de equilíbrio/protecção ambiental e de desenvolvimento económico. No palco específico da UE este conceito tem sido amplamente defendido e adotado enquanto um dos principais objectivos a alcançar. Veja-se, a título de exemplo, a *comunicação ao Conselho e ao Parlamento Europeu – Building Our Common Future* (CEC, 2004c), em que o desenvolvimento sustentável é apontado como um dos três grandes objectivos para a UE no período 2007/13.

Territorial 2020 (CEC, 2011:7)⁴³: *“We stress that polycentric and balanced territorial development of the EU is key element of achieving territorial cohesion”*.

Alcançar um desenvolvimento mais policêntrico pressupõe uma organização territorial capaz de encorajar a cooperação, isto é, apta para promover uma maior complementaridade entre as áreas urbanas para que estas desempenhem um papel estrutural ao criar espaços equilibrados e, ao mesmo tempo, desenvolver massa crítica ao nível económico global numa perspetiva cosmopolita. Nas palavras de Hague e Kirk (2003:6), tal significa *“connecting a number of places so that they form a network. By operating together they achieve a new critical mass that can sustain and grow businesses, services and facilities. Polycentric development means forging new connections by overcoming historical barriers, such as those caused by national boundaries, local rivalries or distance/poor communications. The links in the network may be improved transport channels, but this is not the only possibility. Links may be virtual connections using information technology, or joint working or simply a newly focused and active cooperation”*. Assim sendo, o desenvolvimento policêntrico baseia-se na ideia de que:

- A organização do território assenta nas cidades, pelo que importa desenvolver a sua capacidade de atratividade e desenvolvimento;
- As cidades constituem os *nós* com os quais se criará uma rede interurbana (Carmo, 2008), cuja integração poderá ser intensificada com a constituição de redes de sinergia (cooperação entre áreas urbanas com perfis funcionais idênticos para obtenção de massa crítica suficiente e troca de experiências) e de complementaridade (cooperação entre áreas urbanas com perfis complementares de especialização funcional e produtiva, próximas entre si) (Ferrão, 1998; Meijers et al., 2007);
- As interações são facilitadas, quer via redes de infraestruturas físicas e virtuais (com recurso às tecnologias de informação e comunicação), quer por intermédio de relações institucionais entre diferentes agentes via estratégias conjuntas de desenvolvimento (Marques e Alves, 2010).

De acordo com estas premissas, a aposta no desenvolvimento policêntrico procura, assim, promover maior competitividade (valorizando os recursos endógenos nos *nós* – capital territorial – e estimulando o efeito rede via especialização relativa), maior equidade no acesso a bens, serviços e equipamentos (permitindo construir soluções territoriais e organizacionais de tipo sistémico que podem contrariar debilidades estruturais resultantes da existência de limiares populacionais baixos) e maior eficiência, quer na oferta e distribuição desses serviços e equipamentos (na medida em que uma boa inter-relação/conectividade possibilita um acesso generalizado sem multiplicar desnecessariamente os

⁴³ Refira-se que esta relação *Policentrismo / Coesão Territorial* foi igualmente alvo de estudo em Portugal no âmbito do projecto *Territorial Cohesion in Portugal: new insights for spatial planning*, financiado pela FCT (2008/10), no qual é defendido que o primeiro corresponde ao modelo territorial do segundo (consultar Pereira e Gil, 2010; Pereira, 2009).

serviços), quer em virtude de permitir ultrapassar problemas decorrentes do excesso de centralidade/polarização que, a não serem resolvidos, podem induzir a ineficiência, designadamente ao nível da articulação de políticas e actores.

Associado ao desenvolvimento policêntrico surge a ideia da *nova parceria urbano/rural*⁴⁴, como uma forma de integrar as áreas rurais numa política de ordenamento conjunta, procurando uma situação de *win-win*. Como refere Kawka (2009:59), “*a growth policy can only have a realistic chance to be accepted when it also includes an option for rural areas. (...) The strategic element is to combine the types of regions with their specific potentials and also their specific needs and to form large-scale networks for responsibility (...). The main aim of this approach is to achieve growth and innovation as well as cohesion and balance on a regional level between these different types of regions: Central and peripheral, urban and rural, economically strong and weak regions should contribute to growth and innovation according to their potentials*”. De acordo com esta ótica, a dicotomia rural/urbano – em que se verificam determinadas características contrastantes tradicionais como isolamento vs. acessibilidade, envelhecimento vs. juventude, declínio vs. dinamismo económico, desertificação vs. densidade populacional (Ferrão, 1998) – é substituída por novos relacionamentos “*retratando as interdependências funcionais e espaciais e a necessidade de promover uma maior integração e complementaridade territorial*” (Marques, 2003:507).

Está-se, portanto, perante uma nova forma de definir políticas para o espaço rural – um *novo paradigma de desenvolvimento rural*, na perspectiva da OCDE (2006), que visa o incremento de competitividade dessas áreas e a valorização dos recursos endógenos – e para o espaço urbano, cuja participação em lógicas reticulares sistémicas e de proximidade (seja ao nível de fluxos de pessoas, bens e informação, seja por intermédio da prestação de serviços, seja ainda ao nível de políticas) pode constituir um fator, não só integrador, mas também alavancador de desenvolvimento para os dois espaços. Por isso mesmo, não só as áreas rurais ganham em se articular com as áreas mais urbanas, mas também o território como um todo adquire vantagens comparativas. Neste contexto, Botka et al. (2009:24) identificam de forma

⁴⁴ Abordar a existência de uma parceria urbano/rural significa, não só ter consciência de que se está na presença de diferentes conceitos (*urbano* e *rural*), associados a características estruturais e funcionais distintas, mas sobretudo que se deve adotar uma visão sistémica dos mesmos (*a relação*). A este propósito, o projecto 1.1.2 do ESPON (2004:16) argumenta o seguinte: “*It is the nature, characteristics and functions of the counterparts in a given context that determine their relations. (...) With respect to urban-rural relations, our point of departure is to make a distinction between structural and functional relations. Structural properties refer to those physical characteristics that are comparatively stable over time and in most cases have emerged as a result of human endeavour spanning over centuries. Such structural properties are established land-use patterns, settlement structure and the distribution of population. Functional properties refer to the factual use of the physical environment such as various forms of production, consumption and communication. We assume that “urban” and “rural” characteristics of particular territories can be defined according to various structural and functional properties. In this sense the two categories can be defined according to for instance population density, land-use patterns, economic activities, and functions in a given system. (...) Urban-rural linkages are now moving beyond the single one-way exchanges and demonstrate a more complex and dynamic web of interdependencies, which are shaping the fortunes of cities and countryside alike. It is this recognition of the complexity of urban-rural relationships, which has gained a new political salience both at national and European levels. This focus on urban-rural continuum is justified by the visible and invisible flows of people, capital, goods, information and technology between urban and rural areas*”.

esclarecedora alguns exemplos sobre como atuar de acordo com esta visão integradora: *“the central functions of the urban centres must be strengthened, especially in the fields of public administration services, education, health care, organizing cultural events and business services. Furthermore, their role as a provider and organizer in the area must also be improved. The urban economy must provide jobs for employees in those rural areas which face a lack of employment on a seasonal or ongoing basis. However, this central role only works if rural areas have access to the towns, which can be provided by suitable transport infrastructure, for example. Furthermore, when organising urban public services, it must always be taken into consideration that they should also be adjusted to meet the needs of people coming from the settlements of the area, because the towns are also service providers for them: when determining office hours, easy access by community transport, bicycle storage or car parking, or outreach and mobile services. (...) Today, rural areas can be a place for recreation, holidays and to enjoy a clean environment, residential areas which provide a high quality of life, as well as a location for creativity and research and development. That is why it is important to prevent the spatial separation of rural and urban functions. If certain urban environmental elements – such as dense building or industrial production – are present in the rural areas to a great extent, then other rural attractions and functions might disappear”*.

Dimensão governança territorial

O termo governança tem sido crescentemente usado nos domínios académico e político especialmente a partir da década de 1970 e é atualmente considerado como fator crucial para a implementação de políticas públicas (Williamson, 2005; Dixit, 2009; ADETEF et al., 2010). Aliás, o relatório Barca (2009) é exemplo disso mesmo, ao mencionar a importância do modelo de governança para um bom desempenho da Política de Coesão. A emergência deste tema e o respetivo crescente interesse no contexto Europeu estão, de certa forma, relacionados com a discussão em torno das transformações dos Estados da Europa, quer em termos de articulação territorial, procurando a divisão de competências via descentralização/regionalização (Sharpe, 1993), quer em termos de processos de tomada de decisão, com o envolvimento e a mobilização de diferentes atores públicos e não-públicos (Rhodes, 1997), quer ainda no que respeita à europeização de ideias, princípios, orientações e práticas no âmbito de políticas sob influência do processo de construção do projeto europeu, com impacto significativo em diversas estruturas organizacionais e administrativas dos diversos Estados-Membros (Ferrão, 2010a; 2010b).

É extenso o corpo teórico que se debruça sobre a temática da governança no campo das ciências políticas, da sociologia política e das ciências económicas, mas o seu conceito e os contextos onde é aplicado não são consensuais. Apesar de tudo, há um reconhecimento generalizado de que o termo governança se refere ao desenvolvimento de diferentes formas de atuação em que a fronteira entre os sectores público e privado se têm atenuado (Rhodes, 1996; Stoker, 1998). Como referem Kooiman e Van Vliet (1993 *apud* Stoker, 1998:17), *“the governance concept points to the creation of a structure or an order*

which cannot be externally imposed but is the result of the interaction of a multiplicity of governing and each other influencing actors”.

Tendo como pano de fundo esta ideia, um ponto de partida para uma melhor percepção do seu conceito consiste na análise dos trabalhos desenvolvidos por Williamson (1971; 1985; 1996; 2005; 2007; Williamson & Masten, 1995) no campo da *Nova Economia Institucional*, designadamente na *Teoria dos Custos de Transação* (já sumariamente descrita no capítulo anterior). Baseando-se nas ideias apresentadas previamente por alguns autores, nomeadamente Commons (1932), e inspirando-se no trabalho pioneiro de Coase (1937, 1960), o autor procura identificar os *mecanismos de governança* que podem diminuir os custos de transação existentes na oferta ou aquisição de determinados bens. Por outras palavras, a questão chave reside em procurar perceber quais os modos de organização que melhor se adequam para mitigar os riscos contratuais, em geral resultantes da racionalidade limitada (circunstâncias difíceis de serem previstas num contrato dadas as restrições cognitivas para processar todas as informações) e do oportunismo (procura do interesse próprio) dos indivíduos, bem como da especificidade dos ativos⁴⁵.

Argumentando que não existe *a priori* um mecanismo de governança superior aos demais, e que apesar das suas características os indivíduos procuram sempre o resultado mais eficiente, Williamson afirma que o importante é construir o desenho institucional mais adequado às características das transações em causa. E, neste sentido, o autor avança com três formas de mecanismos de governança: *mercado*, *hierarquia* (integração vertical) e *híbrida* (contratual). A primeira verifica-se essencialmente via transações não específicas recorrentes, essencialmente baseadas no sistema de preços e, por isso, com um menor controlo sobre o comportamento dos indivíduos mas também de maior incentivo. A segunda tem por base a ideia de propriedade total de ativos, ou seja, quando se verifica a internalização total das atividades numa única instituição (muitas vezes dada a especificidade dos ativos e a duração dos contratos), o que potencialmente poderá minimizar determinados custos de transação associados ao processo de contratação: custos prévios (em que a definição correta dos direitos de propriedade é crucial) ou posteriores (por forma a assegurar os compromissos estabelecidos). Já a terceira forma surge como intermédia aos outros dois casos extremos e corresponde a uma forma de coordenação dos agentes via sistemas de incentivos e contratos, o que, de certa forma, permite ultrapassar os problemas associados à racionalidade limitada e ao oportunismo dos indivíduos. Dependendo do tipo de bens e da sua especificidade, o sistema híbrido apresenta, de uma forma geral, inúmeras vantagens comparativas, mas cujo resultado depende da capacidade de se garantirem corretamente diversos

⁴⁵ De acordo com Williamson, a especificidade de um ativo está associada ao seu maior ou menor grau de reutilização para outros fins ou por outros agentes sem que haja perda do seu valor produtivo. Quanto maior a especificidade maior a necessidade de efetuar salvaguardas contratuais e um maior interesse em que o contrato tenha uma duração mais extensa.

pressupostos, como sejam os processos de negociação, os custos e benefícios dos agentes, os direitos de propriedade e os compromissos. Face ao exposto, identificar os *mecanismos de governança* mais adequados permite, portanto, definir mais claramente as funções de cada agente, baixar os custos de transação (logo ser mais eficiente) e gerir conflitos.

No capítulo anterior analisou-se brevemente a evolução do papel do Estado na formulação de políticas públicas. Ora, há naturalmente uma relação entre os mecanismos e os princípios que caracterizam a governação pública (em geral) e a governação territorial (em particular) (Ferrão, 2010b). Se é certo que, tradicionalmente, o Estado assumiu a governação dos territórios de modo mais centralizado e normativo, não é menos verdade que o quadro de governabilidade tem-se vindo a alterar (Pereira, 2009:820-821): *“às estruturas estatais (agora com modelos de descentralização e partilha de competências diversas) juntam-se estruturas de regulação e de representatividade das comunidades e agentes económicos e sociais, com fórmulas organizacionais diferenciadas. A autoridade do Estado fica afectada pela sua reorganização interna (fragmentação do poder) e pela menor capacidade de investimento (menos e mais repartidos recursos financeiros), mas também pelo acréscimo de protagonismo dos actores económicos, de quem o Estado está agora mais dependente”*. Uma alteração em que, como já se referiu, a noção de *governança* emerge, refletindo *“alterações estruturais associadas à crescente perda de vigor do modelo moderno e racionalista do Estado”* (Ferrão, 2010b:130) e, por isso mesmo, envolvendo a entrada de atores de vária ordem, ligados quer ao mundo empresarial quer a organizações cívicas, em âmbitos antes da esfera pública, o que induz outras formas de relacionamento (Pereira, 2009). Como tal, *“a actividade governativa torna-se assim progressivamente orientada por actividades processuais e negociais – a maioria de base informal – incluindo demonstrações de poder e entendimentos tácitos entre forças desiguais”* (Seixas, 2006:105 *apud* Pereira, 2009). Formas de relacionamento que se estendem a diversas escalas, numa lógica multinível, em que instituições de âmbito local, regional, nacional e supranacional têm um papel a desempenhar nos processos de tomada de decisão (Marks e Hooghe, 2004:16): *“The dispersion of governance across jurisdictions is both more efficient than, and normatively superior to, central state monopoly. They claim that governance must operate at multiple scales in order to capture variations in the territorial reach of policy externalities. Because externalities arising from the provision of public goods vary immensely – from planet-wide in the case of global warming to local in the case of many city services – so should the scale of governance. To internalize externalities, governance must be multilevel”*.

Ora, se a este contexto de mudança se associar a dimensão territorial fica-se na presença de um quadro de governabilidade territorial mais integrado e estratégico, assente na interação e cooperação de diferentes atores e na coordenação de diferentes políticas (de base territorial e sectoriais) em torno de uma agenda territorial comum (Ferrão, 2010). É neste sentido que tem vindo a ganhar expressão o conceito de *governança territorial*. De acordo com Reis (2007:41), o conceito de governança territorial *“explicita o modo como os diversos níveis espaciais são integrados no modelo institucional de organização da decisão, como*

a articulação territorial das políticas – tanto as sectoriais como as regionais – é alcançada e como o modelo de administração e gestão das políticas públicas se inscreve no território e o assume”. Por outro lado, autores como Feio e Chorincas (2009:140) argumentam que a governança territorial⁴⁶ engloba a “capacidade de os atores públicos e privados de um determinado território conseguirem: i) construir um ‘consenso organizacional’, envolvendo diferentes atores, de forma a definir objetivos e metas comuns; ii) acordar a contribuição de cada ator para a realização dos objetivos previamente definidos e iii) acordar a visão comum para o futuro do território”. Práticas colaborativas que cada vez mais constituem o objetivo central dos processos territoriais de tomada de decisão (Healey, 1998; 2006). É neste contexto que Ferrão (2010:20) faz a seguinte afirmação: “o interesse público deve ser o resultado do trabalho conjunto de diferentes stakeholders, no contexto de modelos participados de governança, e não um valor definido unilateralmente pelo Estado. A concepção moderna de interesse público “como uma combinação de poder e razão” (...) dá agora lugar a uma visão de interesse público como processo”.

A noção de governança territorial está, portanto, associada à ideia de uma articulação mais eficiente, quer entre diferentes níveis de administração (ideia de *governança multinível* ou de *cooperação/coordenação vertical*, da escala europeia à escala local, a que está associado o princípio de subsidiariedade), quer entre entidades/atores do mesmo nível (ideia de *cooperação/coordenação horizontal* entre diversos atores, incluindo esferas pública, privada e terceiro sector). São questões decisivas para a formulação de políticas e construção de estratégias coletivas territoriais, em que os patamares de articulação vertical e horizontal são, cada vez mais, consideradas conjuntamente (Botka, 2009; Feio e Chorincas, 2009; Mirwaldt, 2009; Janin Rivolin, 2010).

Efetivamente, com a atenção atribuída aos processos de *governança multinível*⁴⁷, não só o fator europeização dos processos de decisão ganhou preponderância, como também se verificou uma maior descentralização para as escalas regional e, principalmente, local (em muito suportado pelo princípio da subsidiariedade), colocando estes níveis territoriais como principais matrizes de organização e desenvolvimento e com papel catalisador de mecanismos de governança em virtude da sua proximidade aos cidadãos e da capacidade de mobilização dos atores locais/regionais. Refira-se, aliás, que esta é uma questão bem patente, quer na lógica da Política de Coesão da UE, como se pode verificar nos *relatórios sobre a coesão económica e social (e territorial)*, quer em documentos de orientação estratégica no âmbito do ordenamento do território, como o caso da nova *Agenda Territorial*. Sobre este assunto, Ferrão (2011) avança com três fatores que justificam o valor acrescentado do nível local: i) os impactos manifestam-se localmente (visibilidade, efeitos concretos e consciencialização), ii) a

⁴⁶ De referir que estes autores utilizam a expressão *governação* e não *governança*.

⁴⁷ Para uma leitura mais detalhada desta questão consultar Piattoni (2010), que na sua obra *The theory of multi-level governance: conceptual, empirical, and normative challenges* desenvolve a temática da governança multinível na tripla perspectiva: *politics* (mobilização política), *policy* (processo de tomada de decisão) and *polity* (articulação institucional).

vulnerabilidade e a capacidade de adaptação dependem das condições locais (contextos concretos como referencial de ação) e iii) a apropriação da aprendizagem decorrente das medidas adotadas é mais fácil (informação, conhecimento, atitudes e comportamentos, ação). Fatores que se encontram na mesma linha de raciocínio de Bunt e Harris (2010) e ADETEF et al. (2010:56), estes últimos mencionando ainda que esse valor acrescentado pode variar em função dos contextos macroeconómicos: *“It may be good both during and after an economic crisis when the creation of new opportunities is dramatically needed, or in a growth period when it is necessary to narrow the gap between the winners and the losers (that could be groups of people or places), to address the problems faced by the most excluded people or the remotest areas. (...) Following this assumption, tools and methods may differ slightly according to the objectives of local development: creating a new path of development or targeting marginalised areas or groups. Thus, adaptations will obviously be required to take into account the needs arising out of the crisis, the changing expectations of the population, and ‘new’ challenges such as globalisation, climate change, ageing, and food and energy shortage”*.

A ideia acima referida facilita a aplicação de uma noção mais estratégica e participativa na formulação de políticas públicas, mobilizando um processo colaborativo entre diferentes atores e contribuindo, assim, para *“reforçar as novas legitimidades políticas em afirmação e para criar novas identidades territoriais em torno delas”* (Ferrão, 2010a:28). Reconhece-se, deste modo, a crescente importância que as comunidades locais assumem na valorização das suas trajetórias de desenvolvimento. Como refere o mesmo autor (2010a:32), *“participação, diálogo e comunicação surgem, assim, como valores fundamentais da praxis de ordenamento do território, em consonância com a visão de planeamento como forma de governança em rede e colaborativa”*. Neste âmbito, emerge a convicção de que o reforço de mecanismos de participação dos cidadãos *“pressupõe um maior recurso a soluções participativas e deliberativas”*, por forma a *“garantir a adequada representatividade da diversidade e complexidade que caracterizam as sociedades de hoje, complementando os mecanismos de decisão próprios da democracia representativa”* (Ferrão, 2010b). Com efeito, no domínio específico das políticas públicas de ordenamento do território, são vários os autores que se têm debruçado sobre esta questão, designadamente Innes (1995), Forester (1999) e Healey (1992; 1998; 2003; 2006a; 2006b), para citar os exemplos mais recorrentes na bibliografia. Em comum, estes autores aprofundam a ideia de *planeamento comunicativo* e *planeamento colaborativo*, sublinhando a importância do diálogo e do envolvimento de diferentes agentes nos processos de tomada de decisão⁴⁸.

⁴⁸ Importa aqui relembrar que os trabalhos previamente produzidos por Habermas (1984), que avança com a ideia de *racionalidade comunicativa*, e Giddens (1984), que desenvolve a noção de *teoria de estruturação* e realça a importância da *interação contínua de estrutura e agência*, serviram, de certo modo, de inspiração para as ideias de *planeamento comunicativo* e *planeamento colaborativo*, em comum argumentando, não só a importância dos processos de interação na tomada de decisão, mas também o valor acrescentado da qualidade desses processos. Como refere Healey (2003:106): *“These process qualities mattered if (...) the way authoritative and allocative ‘systems’ operated depended not merely on the interplay of actors with specific interests, but on the way routine social relations and practices were structured by institutional designs and deeper values and conceptions. (...) power is embodied not just in the energy and position of individuals with command over specific rules and resources but is instantiated in the way people embody assumptions about appropriate ways of thinking and acting in their daily discourses and practices and how these in turn may become embedded in institutionalized practices”*.

Neste *novo* papel do Estado, com diferentes (inter)relações com a sociedade e enquanto coordenador de diferentes atores e políticas, deve valorizar-se o seu importante contributo de facilitador, mediador e criador de consensos para a formulação e implementação das medidas preconizadas. No fundo, trata-se de uma mudança de atitude, de *definir uma estratégia para criar um consenso sobre uma estratégia*, o que pressupõe igualmente uma metodologia de trabalho diferente: não basta envolver um conjunto de atores, mas sim desenvolver um quadro de referência comum sobre o qual se deverão construir as opções e os caminhos de desenvolvimento almejados. Para tal, a este papel de *moderador* não pode estar dissociado um conhecimento qualificado e informado i) do ponto de vista analítico, ii) ao nível dos princípios e valores abstratos, o que pressupõe *“convicções éticas e valores definidos de forma explícita em relação tanto aos processos e procedimentos de decisão como aos resultados visados. (...) Sustentabilidade ambiental, justiça social, participação cívica e processos de deliberação inclusivos, são exemplos de valores que contribuem para que o ordenamento do território corresponda a um exercício mais democrático e colectivamente mais inteligente, factores decisivos quando se tomam decisões que afectam interesses, expectativas e até direitos individuais em nome do bem comum”* (Ferrão, 2010a:21) e iii) sobre como valorizar e mobilizar os recursos de conhecimento (enquanto componente da ação), não bastando legitimar um discurso de democratização de informação, mas antes mantendo uma estrutura relacional que, não só permita aceder e trocar informação (e criar conhecimento), mas também seja capaz de identificar recursos (físicos, humanos, financeiros...) para a ação⁴⁹.

Ora, esta última questão relaciona-se, de certa forma, com o argumento acima referido e há muito reconhecido e debatido sobre a participação dos cidadãos nos processos de tomada de decisão. Se é certo que a sua promoção acarreta inúmeros benefícios, não é menos verdade que as relações (e diferenças) de poder não se verificam somente entre as diferentes esferas (pública, privada e sociedade civil), mas também dentro de cada uma. Já há mais de quatro décadas, Arnstein (1969:216) referia o seguinte sobre esta questão: *“citizen participation is a categorical term for citizen power. It is the redistribution of power that enables the have-not citizens, presently excluded from the political and economic processes, to be deliberately included in the future. It is the strategy by which the have-nots join in determining how information is shared, goals and policies are set, tax resources are allocated, programs are operated, and benefits like contracts and patronage are parceled out”*. Apesar destes fatores positivos, Arnstein (1969:218) chama a atenção para o fato de determinados tipos de participação poderem ser contraproducentes: *“levels of “non-participation” that have been contrived by some to substitute for genuine participation. Their real objective is not to enable people to participate in planning or*

⁴⁹ Apesar da já referida controvérsia associada ao programa *Big Society* e ao *Localism Bill* (no que especificamente diz respeito do ordenamento do território), importa aqui mencionar os trabalhos que o *Department for Communities and Local Government* do Reino Unido tem desenvolvido com o intuito de criar um quadro de referência de intervenção articulado com diversos atores. A título de exemplo, veja-se o documento *Consultation on a Planning Policy Statement: Planning for a Low Carbon Future in a Changing Climate* (2010).

conducting programs, but to enable powerholders to 'educate' or 'cure' the participants". E, nestas condições, Segundo o mesmo autor, *"they lack the power to insure that their views will be heeded by the powerful"*. Esta é uma temática que tem merecido algum destaque no âmbito das políticas públicas do ordenamento do território. A título de exemplo, refiram-se os trabalhos produzidos por Forester (1989; 1999) e Healey (2003; 2006a), nos quais é chamada a atenção para a necessidade de se ter a capacidade de antecipar relações de poder e saber lidar com potenciais conflitos na tomada de decisão para, assim, se promoverem processos realmente (mais) democráticos e, consequentemente, alcançar uma maior justiça social.

A cooperação institucional acima referida, seja via repartição vertical de atribuições e competências numa ótica de subsidiariedade (*coordenação vertical*), seja via cooperação entre atores baseada numa visão partilhada sobre um mesmo território (*coordenação horizontal*), pressupõe também abordagens articuladas e integradas das várias dimensões sectoriais. Por outras palavras, subentende a procura de coerência de políticas, também estas baseadas numa visão partilhada sobre um mesmo território. Esta ideia de articular, integrar e territorializar as políticas públicas – incorporando a dimensão territorial nas políticas sectoriais e articulando estas com as políticas de base territorial, contribuindo-se assim para uma maior sinergia entre diferentes políticas e para a maximização dos seus impactos territoriais – resulta do facto de as decisões políticas serem tomadas essencialmente de um ponto de vista sectorial e de forma desarticulada com as políticas territoriais. Como sublinham Robert et al. (2001:155-156), *"Community culture, in terms of politico-administrative practices, is excessively sectoral. This results above all from history. At the time when the Treaty of Rome was adopted, the aim was to bring the European states and people closer by means of a limited number of major common policies"*. Segundo os mesmos autores, os problemas daí decorrentes são diversos (Robert et al., 2001:156-157): i) *"a number of Community sectoral measures cause «asymmetrical shocks» on the territory"*; ii) *"a sub-optimum allocation of the Community resources which is likely to counteract the objectives of economic and social cohesion and of territorial cohesion"*; iii) *"the emergence of major crises with sectoral appearance, but which arise from the fact that the territorial dimension was not incorporated into the policies"*.

Esta questão é igualmente citada em vários documentos de orientação política da CE⁵⁰, sendo sublinhado que a articulação, integração e territorialização das políticas públicas torna-se crucial, tanto

⁵⁰ A título de exemplo, a Resolução do Parlamento Europeu sobre o Livro Verde e o debate sobre a reforma da Política de Coesão (2009) refere o seguinte a este propósito: *"should also focus on the territorial dimension of other sectoral EU policies with a strong territorial impact; stresses, in the context of territorial cohesion, the importance of improving synergies between the different EU policies in order to coordinate and maximise their territorial impact on the ground"*. Por outro lado, a Agenda Territorial (2011:4) afirma: *"The coherence of EU and national policies is of utmost importance for territorial cohesion. Most policies have significant territorial impacts, influencing the development opportunities of territories in different ways. The co-ordination of different sectoral policies, to optimise territorial impact and maximise coherence can significantly increase their success, and help avoid, at all territorial levels, negative effects from conflicting policies"*.

para uma maior eficiência das próprias políticas, como para tornar os territórios mais resilientes, capazes de se anteciparem e adaptarem às grandes tendências evolutivas e impactos de cariz económico, social, ambiental ou mesmo político. A menção à dimensão territorial das políticas públicas e à necessidade de as políticas substantivamente territoriais (ou seja, de base territorial) se articularem com as políticas sectoriais não se verifica somente no seio das orientações da CE, mas também ao nível dos estados-membros. No caso português, e a título de exemplo, é possível encontrar várias referências a esta questão, designadamente no PNROT e nos PROT, estando fortemente vincado que a concretização das políticas de base territorial dependerá (também) da interação destas com as estratégias e recomendações decorrentes das políticas sectoriais. Este facto é frisado igualmente por Ferrão (2010a:47), considerando que, no contexto das políticas públicas, em Portugal, o ordenamento do território corresponde a uma política *fraca* em relação (também) “aos efeitos indesejados desencadeados por outras políticas”.

Botka et al. (2009:18-19; 50), no documento que elaboraram para o caso Húngaro, apontam exemplos bastante interessantes sobre a necessidade de fomentar a simbiose entre políticas diferentes ou projetos em concreto e que servem para ilustrar a importância desta visão conjunta:

- *“The way in which this impact is felt can be sectoral-thematic (e.g. building a new hospital can affect the health care system throughout the country), but they can also be of a territorial kind. Taking this example of building a hospital, it can have impact on the citizen living nearby, the economy of the area and the settlement environment”;*
- *“One type of territorial synergy arises when a project facilitates the implementation of the objectives of various regional programmes. For example, a well-planned school development project can serve regional community development and educational objectives at the same time. In addition to enhancing the quality of education in the area, school development can contribute to enhancing social life in the region – for example by establishing community spaces”;*
- *“Another type of territorial synergy is when various projects support each other, so increasing their efficiency. For example, a project of vocational training and a project supporting the search for employment can generate better results together in improving the employment situation in the area than if just one of them is implemented”;*
- *“Developing public service institutions is another example often mentioned, since if it is harmonised at a regional level, it could lead to significant cost savings by preventing the renovation and maintenance of similar and low standard institutions in several neighbouring settlements”.*

Estas observações reforçam o argumento de que se deve considerar o território, quer como contexto diferenciador de políticas sectoriais, tornando-as consequentemente mais sensíveis ao território, quer como referência para a coordenação de políticas públicas, constituindo as políticas de base territorial como um referencial estratégico que dá *inputs* importantes às políticas sectoriais. É neste contexto que o território passa a ser considerado o lugar por excelência de articulação e racionalidade de políticas

públicas (Araújo, 2007; Feio e Chorincas, 2009), reforçando a visibilidade, a legitimidade e a eficácia das políticas de base territorial, por um lado, e fomentando a simbiose entre as políticas sectoriais sensíveis ao território e entre estas e as políticas de base territorial, por outro, tornando-as mais capazes de sustentar processos de desenvolvimento territorial.

As dimensões analíticas aqui aprofundadas – *heterogeneidade territorial*, *organização territorial* e *governança territorial* – procuram, em conjunto, contribuir para uma melhor perceção do conceito de coesão territorial, delineando um percurso analítico e normativo para alcançar o desenvolvimento harmonioso de todos os territórios (isto é, diminuir/prevenir as disparidades territoriais, tornando-os mais homogêneos internamente e com inter-relações equilibradas), a valorização da sua diversidade e complementaridades e a possibilidade da população tirar o melhor partido das características existentes em cada território, aliada a uma capacidade de interação e cooperação de diferentes agentes e políticas distintas (de base territorial e sectoriais).

O próximo quadro sumaria estas dimensões analíticas decorrentes da interpretação efetuada do princípio de coesão territorial, visando criar um referencial que permita posteriormente identificar e seleccionar critérios de intervenção para o caso específico dos SIG. É neste sentido que se insere o próximo capítulo, centrando a atenção no caso específico da saúde (em geral) e dos cuidados de saúde (em particular). Importa, por fim, referir que no referencial proposto assume-se que os princípios de *justiça social* (ótica de equidade) e *utilização racional de recursos* (ótica de eficiência) estão presentes nas três dimensões analíticas (em maior ou menor grau) e, por isso mesmo, não se encontram explicitamente referidas no quadro. Outras finalidades na formulação de políticas públicas, que se relacionam com os dois princípios referidos, são avançadas e exploradas por forma a diferenciar e enquadrar melhor cada uma das dimensões analíticas.

Quadro 4: Dimensões analíticas do princípio de Coesão Territorial e respectivas componentes de intervenção de política pública

Componente analítica		Componente de intervenção (Políticas Públicas)	
Dimensões	Subdimensões	Finalidade	Objetivos
Heterogeneidade Territorial	Disparidades	Justiça espacial	Combater a marginalização de pessoas em contextos territoriais específicos Tornar os territórios mais resilientes
	Diversidade	Valorização do capital territorial	Criar oportunidades a partir dos ativos específicos de cada território Promover a identidade territorial como fator de unidade/diferenciação
Organização Territorial	Sistema Urbano (<i>poli-centrismo</i>)	Desenvolvimento urbano equilibrado e em rede	Desenvolver capacidades de atratividade e competitividade dos centros urbanos Promover a complementaridade funcional interurbana Estimular uma cultura de cooperação estratégica interurbana
	Urbano/rural (<i>parceria urbano-rural</i>)	Integração territorial de proximidade	Reforçar as relações funcionais e o desenvolvimento de redes (fluxos) entre os centros urbanos e as áreas rurais Desenvolver mecanismos de interdependência e de complementaridade entre centros urbanos e áreas rurais Estimular uma cultura de participação em lógicas reticulares sistêmicas e de proximidade
Governança Territorial	Coordenação vertical	Governança multinível	Clarificar e articular a repartição vertical de atribuições e competências (ótica de subsidiariedade) Melhorar a capacidade de coordenação e governabilidade entre diferentes escalas de intervenção
	Coordenação horizontal	Cooperação institucional e Coerência de políticas	Desenvolver formas de cooperação entre diversos atores baseada numa visão partilhada sobre um mesmo território Desenvolver formas de discussão e participação ativa dos cidadãos nos processos de tomada de decisão Desenvolver abordagens articuladas, integradas e territorializadas das várias políticas públicas

Parte II

CUIDADOS DE SAÚDE E COESÃO
TERRITORIAL:

CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

Capítulo 1

SAÚDE / CUIDADOS DE SAÚDE E POLÍTICAS PÚBLICAS

1.1. Saúde e Cuidados de Saúde, Estado e Gestão Pública: traços comuns de reformas recentes

Nesta segunda parte da dissertação centra-se a atenção na saúde (em geral) e nos cuidados de saúde (em particular). Parte-se, portanto, da problemática levantada nos capítulos anteriores em torno da formulação de políticas públicas no âmbito Serviços de Interesse Geral para, agora, visar um caso em particular.

A primeira secção do texto focaliza a discussão no modo como o Estado e a sociedade se organizam para intervir no domínio da saúde, recorrendo-se para tal à bibliografia existente sobre as reformas que têm ocorrido nos sistemas de saúde, designadamente no passado recente. A ideia de compreender o caminho percorrido segue de perto o argumento avançado por Bezold (1994:189): *“The steps to be taken in order to secure the best possible health care for all people in the coming years will depend not only on what is desired in this field but also on what the wider future is likely to hold”*. Mas porque as principais reformas conduzidas das últimas décadas neste domínio resultam, por maioria de razão, da combinação de pressões orçamentais e alterações ideológicas que não são específicas da saúde, fazendo parte de contextos políticos e sociais mais vastos que afetam transversalmente a provisão de serviços (OMS, 2000; Scharpf, 2002; Simonet, 2008), o texto que se apresenta no próximo ponto encontra-se bastante sistematizado, na medida em que o retrato global foi já caracterizado na primeira parte da dissertação.

Por outro lado, estas reformas associam-se, simultaneamente, a um outro debate que, não sendo recente, tem sido pouco conclusivo: qual o papel do Estado e, neste contexto, como considerar a saúde e os cuidados de saúde? Dito de um outro modo, deverão os cuidados de saúde, numa lógica, por exemplo, de contenção de custos, ser considerados como bens mercantis e, por isso, sujeitos às forças do mercado como outros bens quaisquer? É sobre esta questão que se debruça a secção subsequente (1.2). Mas porque também esse subcapítulo decorre de observações mais amplas já efetuadas na

primeira parte da dissertação, o debate incide agora de forma sintética no sector escolhido para este estudo.

Discutida a natureza da saúde e dos cuidados de saúde, avança-se, no segundo capítulo, para a preocupação central da investigação: a relação entre a saúde (ou, melhor, os cuidados de saúde) e o território. Procurando tirar partido da análise concetual efetuada na primeira parte em torno do princípio de coesão territorial, será apresentado um quadro teórico de referência que norteia a relação referida. Apoiado em elementos teóricos e empíricos de bibliografia nacional e internacional, na sua maioria recente, em que se expõem os debates e as controvérsias existentes, o capítulo apresenta-se necessariamente longo, pela centralidade que ocupa nesta investigação. Fica, deste modo, criado um referencial que permite identificar e selecionar possíveis orientações de política pública e critérios de intervenção no domínio da saúde, tendo por base o princípio de coesão territorial.

Ora, em relação a este primeiro capítulo em concreto, importa desde logo dizer que o discurso sobre a necessidade de efetuar reformas no sector da saúde não é novo. Com efeito, particularmente desde a década de 1980, esta tem sido uma tendência regular por parte de diversas instâncias internacionais. Por exemplo, num relatório da OCDE, em 1995, referia-se o seguinte: *“The share of public health spending in GDP and in total public expenditure has increased significantly over the past thirty years. Reform efforts to date have slowed this trend, but have not been sufficient to deal with many of the underlying pressures contributing to spending growth. Unless there are major changes in health-care policy, the demands of health spending on public-sector budgets are likely to grow further in coming years, these pressures arising at the same time as increased spending on public pensions. As a result, health-sector reform is a major political issue in many OECD Member countries. Without more fundamental reforms than those implemented in the 1980s, tax increases or service cut-backs appear unavoidable”* (Oxley e MacFarlan, 1995:8). A razão de ser deste discurso decorre essencialmente de cinco fatores (Figueras et al, 2008): de pressões políticas e ideológicas externas ao sector da saúde, da procura de uma maior contenção de gastos, das alterações demográficas (e.g. envelhecimento populacional) e do consequente esperado aumento de volume de cuidados de saúde, do desenvolvimento de novas soluções tecnológicas de modo a aumentar a eficiência e qualidade dos cuidados prestados e do aumento das expetativas por parte dos cidadãos, que defendem uma abordagem mais centrada no paciente.

Como resposta a estes fatores (desafios) contextuais, internos e externos ao sector da saúde, várias estratégias de intervenção têm sido conduzidas. Embora seja possível verificar alguns elementos comuns nas reformas entretanto efetuadas, como se verá mais adiante, importa chamar a atenção para o facto de as especificidades de cada país, em termos de valores culturais, posição ideológica sobre o

papel do Estado e das instituições, os interesses instalados e o próprio sistema de saúde implantado, conduzirem a ritmos e alcance diferentes das políticas adotadas.

No que respeita aos sistemas de saúde, é possível encontrar diferentes formas de os classificar, ainda que o modelo de financiamento determine em grande medida o arquétipo organizacional (Wendt, 2009; Boquinhas, 2012). Segundo a OCDE (1987), de um modo geral, são considerados três modelos básicos – o serviço nacional de saúde, o seguro social obrigatório e o liberal –, uma diferenciação, de acordo com Boquinhas (2012), associada ao financiamento primário, seja através de impostos, de contribuições mensais dos trabalhadores e empregadores ou de seguros de saúde privados. No caso do modelo liberal, está subjacente a livre concorrência via financiamento predominantemente privado através de seguros de saúde, bem como a existência de prestadores de cuidados privados. O caso típico apontado na bibliografia é o sistema de saúde dos EUA, sendo que na Europa o caso mais próximo é o da Suíça (embora aqui o seguro de saúde seja obrigatório). Nos restantes países europeus predominam os outros dois modelos que, alternativamente, adotam os nomes dos seus autores – *Bismarck* e *Beveridge* –, apesar de neste último caso alguns autores fazerem ainda a distinção entre os que adotaram o modelo de serviço nacional de saúde numa fase inicial e aqueles que o fizeram tardiamente, como é o caso de alguns países do sul da Europa⁵¹. Embora ambos os modelos assentem na ideia de que o acesso a cuidados de saúde não pode depender da capacidade de pagar, há fatores que claramente os diferenciam, em grande medida associados à própria matriz ideológica⁵². O modelo *bismarckiano*, que decorre essencialmente do trabalho desenvolvido na Alemanha no final do séc. XIX (adotando uma lei que obrigava os empregadores a contribuir para um esquema de seguro-doença em favor dos trabalhadores mais pobres), associa-se principalmente à adesão obrigatória a seguros sociais (para quem cumpre os requisitos de cobertura), envolvendo um pacote básico de benefícios especificado pelo Estado (que, por sua vez, assegura as contribuições dos desempregados e de alguns grupos mais desfavorecidos). É aqui visível uma maior aproximação aos valores do mercado, com a utilização de mecanismos de tipo-mercado e de um diversificado leque de atores privados. Já o modelo *beveridgeano*, que decorre particularmente do ambiente vivido no Reino Unido no período pós-2ª Grande Guerra (criando um sentimento de solidariedade e promovendo políticas igualitárias e a intervenção forte do Estado), baseia-se no princípio de cobertura universal com financiamento obrigatório por via dos impostos. Neste caso, está patente o Estado enquanto entidade central do sistema, embora com diferentes graus de envolvimento da administração pública (a tendencial separação entre o financiamento e a prestação de cuidados tem provocado uma diminuição do envolvimento direto do

⁵¹ A este respeito, Wendt (2014) diz o seguinte: “NHS systems from Southern Europe (...) still seem to lack administrative capacities and infrastructures, and have higher shares of private financing compared with NHS systems in the Scandinavian countries and the UK”.

⁵² Para mais informações sobre estes modelos de sistemas de saúde (*Bismarck* e *Beveridge*) consultar Simões (2009), em que as observações que se encontram no resto do parágrafo se basearam.

Estado, apelando também a mecanismos de tipo-mercado e estabelecendo parcerias com o sector privado).

Esta classificação dos sistemas de saúde tem, apesar de tudo, sido discutida por diversos autores no sentido de mostrar, por um lado, que as fronteiras entre os modelos se vão, ao longo do tempo e perante várias reformas, atenuando (ou seja, os modelos não são puros nem estanques) e, por outro, que importa considerar também outros fatores na classificação dos sistemas para além do financiamento, como sejam o nível de cobertura (universal vs. seletiva), a amplitude dos serviços (geral vs. seletiva) ou o modo de prestação de cuidados, só para citar alguns exemplos. Destacam-se, neste âmbito, os recentes trabalhos publicados por Wendt (2009; 2014), Reibling (2010) e Marmor e Wendt (2012). Não é objetivo deste capítulo alongar esta discussão, mas tão só sublinhar a complexidade e variedade dos sistemas existentes, que por sua vez dependem das dimensões consideradas, o que evidencia um elevado grau de dificuldade na análise das tendências comuns associadas às intervenções políticas que caracterizam as principais reformas conduzidas no âmbito da saúde.

Apesar de tudo, os desafios contextuais, internos e externos ao sector da saúde, acima expostos, referentes ao período pós-década de 1980, conduziram a um conjunto de respostas que apresentam alguns traços em comum a que poderá apelidar-se, segundo a OMS (2000), de terceira geração de reformas⁵³. Os trabalhos desenvolvidos por Saltman e Figueras (1997; 1998), Carvalho (2006), Ferreira et al (2010), Simonet (2008), Gorsky (2008) e Allen (2009), estes últimos incidindo no caso britânico, apresentam incursões históricas e analíticas sobre as reformas encetadas, enquadrando-as numa passagem de um modelo de planeamento e controlo mais racional para uma lógica de atuação que assimila as principais características da já aqui referida Nova Gestão Pública. De forma breve e simples, e seguindo os autores referidos, um dos fatores que caracteriza esta transição reside, desde logo, na utilização das forças de mercado em prol de uma maior eficiência. A criação de mercados internos (ou quase-mercados no entender de alguns autores) nos hospitais do Reino Unido na passagem para a década de 1990 constitui um bom exemplo de procurar aumentar a competição através da separação entre financiador e prestador. Uma perspetiva também seguida posteriormente por outros países, como por exemplo a Itália em 1992, adotando um modelo gestor baseado nos mecanismos do mercado, ou mesmo a Alemanha que, apesar de ter um sistema de saúde bem distinto, impôs uma maior competição entre as seguradoras em 1996.

⁵³ De acordo com a OMS (2000), a primeira geração de reformas surge fundamentalmente com a criação dos sistemas de saúde, com particular destaque para as décadas de 1940 e 1950, emergindo a segunda geração mais tarde com a crescente preocupação em relação aos cuidados primários de saúde como forma de tornar os cuidados mais acessíveis a toda a população.

É neste contexto que a contratualização assume um papel preponderante no sistema de saúde, traduzindo a *“passagem de uma sociedade de comando para uma sociedade de negociação, em que as relações contratuais substituem as tradicionais relações hierárquicas”* (Carvalho, 2006:71)⁵⁴ através da implementação de uma nova forma de alocar os recursos financeiros, em que se indexa a dotação diretamente à atividade por via da definição de determinados níveis de cuidados de saúde acordados entre financiador e prestadores⁵⁵. É certo que a contratualização é apresentada como um instrumento indutor da mudança que se almejava observar: define as funções dos vários atores, clarifica as responsabilidades entre financiador e prestadores e favorece a transparência e a responsabilização. Mas não é menos verdade que a sua aplicação prática é muito complexa, assistindo-se a *“todos os fracassos de mercado”* (Ferreira et al, 2010:429), com assimetrias de informação na relação prestador/utente, na relação prestador/entidade gestora e na relação entre gestores da prestação de cuidados/decisores de nível político. Acresce que o desenvolvimento da contratualização é indissociável do interesse crescente, quer no pagamento por desempenho, o que se traduz consequentemente no desenvolvimento de esquemas de avaliação que relacionam a prestação com os recursos usados, quer na publicitação dos resultados, de forma a fomentar a competição por via da procura de melhores resultados. A este respeito, Simonet (2008:623) diz: *“these measures emphasized consumerism, or the “patient as a consumer”. Hospital rankings are now, more than ever before, publicized”*.

Ainda do lado da oferta, outras iniciativas com vista ao controlo orçamental foram desenvolvidas, constituindo, na prática, um convite a um maior protagonismo do sector privado no domínio da saúde. É neste contexto que surgem as parcerias público-privado na saúde, primeiro no Reino Unido, no início da década de 1990, e alastrando-se depois para outros países⁵⁶. A ideia é que atraindo financiamento privado para o sector da saúde, consegue-se uma renovação do parque hospitalar mais rápida e menos onerosa (Barros, 2010). Outras diligências como o estabelecimento de limites globais nos orçamentos das despesas dos prestadores ou a redução do número de camas hospitalares ou de médicos foram também praticadas. De acordo com Carvalho (2006), a ponderação dos custos da prestação de cuidados com os recursos humanos conduz a alterações ao nível dos profissionais de

⁵⁴ Refira-se que é possível encontrar diferentes esquemas de contratualização na Europa, dependendo do modelo de organização e financiamento do respetivo sistema de saúde. Para um aprofundamento desta questão, consultar Carvalho (2006).

⁵⁵ De acordo com Ferreira et al (2010), a emergência do processo de contratualização em Portugal está associada à implementação de experiências inovadoras no final da década de 1990, designadamente a concessão da gestão do Hospital Fernando Fonseca ao sector privado, a empresariação do Hospital de São Sebastião em Santa Maria da Feira, a aposta na Unidade Local de Saúde de Matosinhos e a criação do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.

⁵⁶ De acordo com Barros (2010), a aplicação das parcerias público-privado em Portugal emerge como projeto bem definido apenas no início deste século.

saúde, quer através do controlo da oferta de médicos e do seu suposto sobredimensionamento, quer por via da ligação do seu salário à produtividade, através da avaliação individual de desempenho.

Um outro exemplo apontado pelos autores acima referidos, que faz parte do conjunto de alterações efetuadas na organização dos sistemas de saúde neste período, consiste no crescente interesse pela descentralização ou delegação de competências para níveis de decisão mais próximos das comunidades, seja para as regiões (e.g. Alemanha, Itália), seja para a administração local (e.g. Finlândia). Como refere Simonet (2008:624), *“bringing resources allocation closer to the point of delivery”*. Com efeito, a descentralização torna-se atrativa dada a deceção que se foi estendendo por toda a Europa em relação às instituições de grande dimensão, centralizadas e burocráticas, propagando-se um discurso generalizado de que tais características estariam a dar azo a uma menor eficiência, a um lento ritmo de inovação e a uma incapacidade de responder acertadamente aos desafios globais que se colocavam ao sector da saúde. Mas o mesmo autor chama a atenção para alguns problemas que resultaram em certos contextos: em Itália, por exemplo, diferentes regras e modelos de organização contribuíram para um agudizar das desigualdades regionais em termos de resultados clínicos e preços, o que por sua vez contribuiu para que os utentes do sul do país passassem a deslocar-se mais para o norte na procura de melhores cuidados, resultando numa troca de acusações entre o governo e as regiões sobre quem seria o culpado⁵⁷.

Já no que respeita ao lado da procura e de responsabilização do cidadão, assistiu-se à propagação de formas de partilha de custos – *“to increase patient financial responsibility, co-payments were raised for health services”* (Simonet, 2008:622) –, bem como à forte prioridade dada a estratégias de prevenção e promoção da saúde, incluindo a aposta nos cuidados de saúde primários. Por outro lado, procurou também aumentar-se o poder de decisão dos utentes (*patient empowerment*), *“quer em questões logísticas, como a seleção dos médicos e dos hospitais, quer em questões clínicas, ligadas à participação na decisão médica (...) [quer ainda] nos processos de tomada de decisão política, sobretudo no quadro de processos mais aprofundados de descentralização”* (Carvalho, 2006:82), promovendo inclusive em alguns casos formas de financiamento em parte dependentes da escolha e satisfação do utente e dando lugar, nas palavras de Ferreira et al (2010), a uma lógica de *“money follows the patient”*. Mas nesta questão da participação dos cidadãos há algumas interrogações que diversos autores colocam, designadamente no que respeita à sua efetiva capacidade de influência e ao modo como a participação é efetuada.

⁵⁷ Para uma resenha interessante do caso italiano, consultar Frisina e Gotze (2011).

Resumindo, apesar de uma corrente de opinião defender que estas reformas foram benéficas para os sistemas de saúde (em geral) e a população (em particular)⁵⁸, são vários os autores que apontam para o facto de os resultados ficarem aquém do esperado. E, portanto, todo este período de reformas foi tudo menos um sucesso. A constatação efetuada por Gorsky (2008:452) – *“a surprising aspect of evaluations of the post-1979 reforms is just how little evidence there is of beneficial change from all the upheavals”*, que encontra eco nos estudos desenvolvidos previamente por Mays et al (2000) e Boyne et al (2003), ilustra bem esta outra visão dos factos.

Motivadas por uma perceção global menos positiva desde período, algumas alterações começam a ser visíveis a partir do final da década de 1990. Embora se continue a apostar na competição e na utilização das forças de mercado para ganhos de eficiência, a adesão a políticas sob a corrente ideológica da *terceira via* no campo da saúde vem, acima de tudo, colocar a ênfase discursiva⁵⁹ na melhoria da qualidade dos serviços prestados e na necessidade de o utente ter acesso a mais e melhor informação. Uma análise da evolução dos sistemas de saúde inglês e alemão, ainda que díspares na sua organização e modo financiamento, mostra precisamente isso. Quando se procedeu à alteração governativa em 1997 e 1998, respetivamente, a primeira reação de ambos no que respeita à saúde foi verificar que o discurso e a prática até então estavam demasiado centrados nos assuntos financeiros e menos na questão da qualidade (Allen e Hommel, 2008). Ainda assim, foi essencialmente no início da década de 2000 que a maioria das orientações políticas avançou com o intuito de ultrapassar os problemas detetados. No sistema de saúde inglês, por exemplo, *“increasing use of choice for consumers and corresponding measures to decentralise responsibility for running services (to allow providers to respond to choice) are being introduced in an attempt to speed up the process of improvement in quality. There is real concern that voters will not accept higher levels of spending on public services if better quality services are not the clearly observable result”* (Allen e Hommel, 2008:207). O aumento do poder de decisão dos utentes (*consumer choice*) e uma maior descentralização encontram-se, assim, no âmago das preocupações no governo britânico. Para tal, reconhece-se também a importância que a qualidade da informação ao dispor dos cidadãos adquire para que uma escolha efetiva se proporcione. Aliás, esta foi uma das principais preocupações do sistema alemão, que institucionalizou a obrigação de os hospitais publicarem relatórios de qualidade de

⁵⁸ Por exemplo, com base na argumentação de vários autores (designadamente, Timmins, 2007), Gorsky (2008:453) diz o seguinte: *“The achievement was to shift power to primary care providers, to introduce incentives to enhance responsiveness and to make the activities of the service more transparent and measurable than ever before”*. Gubb e Meller-Herbert (2009:53) defendem categoricamente os benefícios decorrentes das reformas encetadas: *“The first thing to recognise is that the imperative and rationale for market-based reform was consistent with the advantages we have described: increased efficiency, increased responsiveness to need, flexibility, innovation, choice and less unhelpful meddling by central planners”*.

⁵⁹ Há vários autores que argumentam que as alterações verificam-se mais ao nível discursivo que do ponto de vista prático. Por exemplo, Paula (2005:65) faz a seguinte afirmação: *“(...) o paradoxo que circunda a terceira via: no campo do discurso, esta orientação política faz uma oposição ao neoconservadorismo, mas no campo da prática, mantém o modelo de gestão edificado sob a égide neoliberal”*. O título do artigo publicado por Ham (1999) ilustra bem este ponto de vista: *“The Third Way in Health Care Reform: Does the Emperor have Any Clothes?”*.

forma a informar o público e a servir de base de recomendação para os médicos quando o referenciasse para outros prestadores.

A procura de uma maior qualidade dos serviços prestados, acompanhada de um crescente processo de descentralização de competências, conduziu, segundo Frisina e Gotze (2011), não só a um reafirmar do papel do Estado na regulação do sector, como também a uma diminuição da interação Administração central/atores locais em prol de articulações horizontais capazes, também, de promover uma maior competição entre os prestadores de cuidados. Espera-se, assim, uma maior participação dos diversos atores locais, incluindo os próprios utentes, nos processos de tomada de decisão, simbolizada pela retórica que prevê a passagem de uma lógica de *joined-up government* para a *shift to the community* (Paton, 2007). Embora a argumentação original não incida explicitamente no caso dos cuidados de saúde, a metáfora do Psicólogo Jonathan Haid sobre a viagem de um homem em cima de um elefante, comentado de forma interessante por Chip e Dan Heath (2010), retrata bem a lógica por detrás desta aposta (pelo menos do ponto de vista discursivo) num maior envolvimento dos atores locais nos processos de tomada de decisão: *“The Rider represents our analytical, planning side. The Rider decides, ‘I need to go somewhere, here’s the direction I want to go,’ and sets off. But it’s the Elephant, the emotional side, that’s providing the power. The Rider can try to lead the Elephant, but in any direct contest of wills the Elephant is going to win – it has a six-ton advantage. So part of achieving change is aligning both sides of the brain by pointing out the direction for the Rider but also motivating the Elephant to undertake the journey. The Path the Elephant walks down matters too. Leaders can shape that Path, that environment, and make the journey easier even when the Elephant is less motivated.*

Contudo, sendo certo que a descentralização é vista como uma forma de promover uma maior participação das comunidades locais e, consequentemente, prestar serviços mais adequados às suas necessidades – *“services will be better tailored to individuals’ and communities’ needs”* (Allen, 2006:246) –, não é menos verdade que esta transferência de responsabilidades significa também *“an attempt to deflect blame from ministers to localities”* (Allen, 2006:250).

A ideia de colocar o utente no centro das decisões foi ainda mais reforçada na passagem da década passada para esta, sendo o caso inglês novamente aquele que melhor exemplifica esta questão. Com efeito, a entrada em ação do governo de coligação começou a ter efeitos ao nível discursivo no campo da saúde, constituindo a expressão *“no decision about me without me”* um dos lemas da estratégia do governo inglês, bem vincado no relatório *Equity and excellence: Liberating the NHS* do *Department of Health* (2010). Este envolvimento das comunidades é também visto como um modo de exortar ainda mais o voluntariado e a participação de outras organizações não-governamentais *“under-pinned by charitable giving and altruistic volunteering”* (Taylor et al, 2011:6). A ideia de manter a sustentabilidade do sistema de saúde

é também sublinhada através de expressões como *fazer mais com menos, reduzir o desperdício e melhorar a produtividade*.

Com o duplo objetivo de colocar o utente (cada vez mais designado *cliente* em diversos meios) no centro das atenções e diminuir os gastos com a saúde (por via da eliminação do desperdício), começa igualmente a verificar-se a aplicação dos princípios de *Lean Management* à saúde: *“the recent introduction of Lean Healthcare can be seen as a further attempt to reorganise and rationalise healthcare services through the translation of management practices found within the commercial sector”* (Radnor et al, 2012:365). Espera-se, assim, que a aplicação destes princípios de gestão do mundo empresarial no sector da saúde possa tornar os prestadores de cuidados mais eficientes em prol de uma maior satisfação dos *clientes*, tal como sucede com as grandes empresas de outros sectores de atividade. O comentário de Spear (2005:14) ilustra bem esta perspetiva: *“[in healthcare] no organization has fully institutionalized to Toyota’s level the ability to design work as experiments, improve work through experiments, share the resulting knowledge through collaborative experimentation and develop people as experimentalists. But there’s reason for optimism. Companies in a host of other industries have already successfully followed in Toyota’s footsteps, using common approaches to organizing for continuous learning, improvement, and innovation that transcend their business”*.

As principais reformas ocorridas nestes últimos trinta anos nos sistemas de saúde europeus, aqui reconstituídas sumariamente, com especial destaque para o sistema inglês e com o qual o sistema de saúde português partilha algumas características importantes, resultam de um processo de evolução que expressa interações complexas entre dinâmicas estruturais e contextos políticos e institucionais. Mais haveria certamente para detalhar. Mas crê-se que os principais discursos, tendências e orientações políticas ficaram aqui retratados. Perceber esta trajetória nestes moldes ajuda a situar melhor o sector da saúde num contexto mais vasto de política pública, já oportunamente debatido na primeira parte da dissertação. Mas coloca, igualmente, em discussão o papel que o Estado e as políticas públicas podem desempenhar no campo da saúde. É sobre esta questão que o próximo ponto se debruça.

1.2. Saúde e Cuidados de Saúde: características e particularidades

Na secção anterior salientou-se que as alterações que têm surgido nos domínios económico, político e social têm tido repercussões ao nível dos sistemas de saúde da Europa Ocidental, sendo justificadas como forma de garantir a sua continuidade perante novos e alegadamente inescapáveis constrangimentos financeiros, decorrentes eles próprios do processo de globalização, como argumenta Nunes (2011). A ideia, segundo o mesmo autor, é a de que a sustentabilidade financeira destes sistemas depende, de certa forma, da sua privatização (pelo menos parcial) e da adoção de critérios de gestão baseados na lógica empresarial.

Por detrás desta tendência há o argumento de que se deve considerar a saúde (em geral) e os cuidados de saúde (em particular) como um bem mercantil, estando por isso sujeito às forças do mercado como um outro bem/serviço qualquer. Por exemplo, sobre esta questão, Pellegrino (1999:244) diz: *“It is a fundamental dictum of managed care that health care should be treated like any other commodity, i.e., its cost, price, availability, and distribution should be left to the free workings of a free marketplace constrained by a minimum of governmental regulation (...). Through the usual mechanisms of competition a “quality product” should emerge since providers will compete with each other in quality, price, and satisfaction of consumers to keep their market-share and/or profits. (...) For their part, “consumers” and “purchasers” will be free to choose among providers selecting the best “buy” suited to their individual needs. Costs will decline, and quality will be maintained or will improve”* (Pellegrino, 1999:244). Neste mesmo sentido segue a argumentação de Daniels (2008: 20): *“In the 1990s, many health systems in Europe experimented with market mechanisms, including efforts to stimulate competition among providers, as a way to improve efficiency. The more emphasis is placed on such mechanisms, the more we treat health care as a commodity like any other”*. De acordo com esta visão, não só se conseguirá aumentar a eficiência e, consequentemente, a sustentabilidade dos sistemas de saúde, como também a própria atuação do mercado garantirá uma maior qualidade dos serviços e uma maior equidade na distribuição de recursos e no acesso aos cuidados.

Contudo, outros autores contra-argumentam esta perspetiva, frisando a importância da intervenção pública no sector da saúde, quer por motivos económicos, quer por razões éticas/morais (Nunes, 2011). Portanto, o que está aqui em discussão é perceber se a saúde e, por inerência, os cuidados de saúde podem ser considerados enquanto bens mercantis (e, por isso, sujeitos às forças de mercado) ou se, de facto, diferem de outros bens/serviços do ponto de vista económico e social/moral e, por isso, preconizam uma intervenção diferente por parte dos decisores políticos.

Como já discutido na primeira parte da dissertação, a intervenção do Estado, de acordo com a teoria económica do bem-estar, justifica-se quando se está na presença de um bem público, ou seja, quando se verificam dois pressupostos (Stiglitz, 2000): i) não rivalidade (no consumo), isto é, quando o

consumo desse bem por parte de alguém não impede um outro de igualmente o consumir; ii) não exclusividade (no uso), isto é, quando as pessoas não podem ser excluídas do seu consumo. Dadas estas características, e contrariamente ao que acontece com os bens privados (em que a sua propriedade pode ser transferida ou negada mediante condições, como seja através da cobrança de um preço), o mercado não pode colocar de forma eficiente um preço nos bens públicos, justificando-se pois a intervenção do Estado na economia de mercado para a prestação destes serviços e/ou fornecimento destes bens.

O que dizer, então, da saúde (em geral) e dos cuidados de saúde (em particular): poderá a utilização dos cuidados de saúde por uma pessoa impedir (ou reduzir) o uso por parte de outra? Será possível excluir as pessoas de terem acesso aos cuidados de saúde? Em relação à primeira questão, a resposta é afirmativa. Dois exemplos podem ser dados: i) o facto de haver um custo associado ao tratamento de cada indivíduo (não sendo indiferente tratar uma ou várias pessoas), sendo portanto possível impedir (ou diminuir a disponibilidade de) o uso de pessoas com base no argumento do custo; ii) a existência de listas de espera para consulta médica, em que o atendimento de uns impede o atendimento de outros. No que respeita à segunda questão, a resposta pode ser mais complexa, na medida em que nos sistemas nacionais de saúde com acesso universal e geral todas as pessoas podem ter acesso aos cuidados prestados independentemente da sua capacidade de pagar (e, portanto, ninguém as exclui). No entanto, tal só é possível por um imperativo legal/constitucional, pelo que na realidade seria tecnicamente possível excluir as pessoas de terem acesso aos cuidados de saúde. Mas um exemplo mais claro e do conhecimento geral pode ser dado: a atribuição das vacinas para a recente pandemia associada à Gripe A, em que nem todas as pessoas (mesmo que fosse sua vontade) poderiam ter acesso à imunização, na medida em que estava destinada, pelo menos numa primeira fase, somente para determinados grupos de risco. Com base nestes pressupostos, os cuidados de saúde são um bem privado e, como tal, podem ser tratados como um outro bem privado qualquer, ou seja, uma mercadoria. Será esta a interpretação mais correta?

Musgrove (1996:8), na análise que faz da natureza dos cuidados de saúde, coloca a seguinte questão: *“the essential question to ask in determining the appropriate roles of the private and public sectors is whether health services differ from other goods and services in some fundamental ways that justify or explain the extensive and varied public intervention observed in the health sector”*. Nesta linha de raciocínio, Pellegrino (1999:249) argumenta que *“given the special nature of illness and healing, health care cannot be a commodity. Health care is not a product which the patient consumes and which the doctor produces out of materials of one kind or another”*. A resposta passa, então, por procurar incluir no debate argumentos que mostrem que o papel das políticas públicas na afetação de recursos na saúde deve ser considerado de forma diferente de outros bens não públicos, quer por razões económicas (existência de falhas de mercado), quer por motivos morais/éticos

(existência de iniquidades). Este é, aliás, o duplo argumento apresentado por Stiglitz (2000:300-329), na sua obra *Economics of the Public Sector*, em que faz uma análise dos cuidados de saúde e do papel do Estado na sua prestação: *“in fact, the health care market is rife with imperfections, and some of these do indeed lead to excessive expenditures (...) Most of our discussion so far has focussed on market failures, such as inefficiencies in the market arising from imperfections of information and competition. But one of the principal reasons for government action in health care has nothing to do with efficiency; even if markets were perfectly efficient, there would be a concern that those who are very poor do not receive adequate health care. Many believe that no individual, regardless of his income, should be denied access to adequate medical care. (...) This view holds that medical care services are different from clothes, movies, automobiles, and most other commodities. Just as the right to vote should not be subject to the marketplace (...) the right to live – access to medical services – should not be controlled by the market”*.

Do ponto de vista económico, importa salientar quatro fatores. O primeiro diz respeito à *incerteza* que se constata nos cuidados de saúde e que o faz distinguir de outros bens: quanto ao momento em que se necessita de cuidados médicos, quanto ao seu custo, quanto ao estado de saúde, quanto ao tratamento adequado, quanto ao efeito e duração do tratamento... Uma questão avançada no trabalho precursor de Arrow (1963) e que está associada, por um lado, ao carácter imprevisível da necessidade e do tipo de cuidados de saúde e, consequentemente, da sua procura e, por outro, à (in)capacidade que o paciente tem de avaliar a qualidade dos serviços prestados pelo profissional de saúde. O segundo fator relaciona-se com a existência de *informação assimétrica*: o utente não detém a informação e o conhecimento técnico necessários para diagnosticar o seu problema (quando ou se existe de facto), como também não é capaz de escolher a melhor entre as várias alternativas disponíveis no mercado. Esta assimetria de informação pode inclusive originar um comportamento menos desejável por parte do cidadão, não valorizando o bem em causa, logo atribuindo-lhe uma utilidade inferior. Acrescente-se a esta questão o problema associado à *teoria da agência*, que pode ser verificado pela delegação do médico sobre o tratamento a ser seguido em caso de doença (Barros, 2009). Ora, tendo o médico interesse próprio no resultado da relação, poderão surgir tensões de relacionamento com origem em fatores económicos. O problema do agente-principal surge quando o agente (médico/prestador) opta por maximizar o seu interesse em detrimento da conveniência do paciente. E como em qualquer problema de agência, quanto maior a assimetria de informação, maior a capacidade do agente induzir o comportamento do principal (Nguyen, 2011)⁶⁰. A existência de *externalidades positivas e negativas* constitui o terceiro fator a ter em conta. Com efeito, o tratamento e a prevenção de doenças infecto-contagiosas constituem excelentes casos para demonstrar tais efeitos. O tratamento da tuberculose em indivíduos infetados, por exemplo, previne a transmissão da doença a outros indivíduos. Da mesma forma, a

⁶⁰ A este respeito, Nguyen (2011) investigou de que forma é que o problema do agente-principal se verifica com maior evidência na prestação privada de cuidados de saúde no Vietnã, chegando à conclusão de que é aqui que esta questão se observa em maior grau.

vacinação da maioria das pessoas tem repercussões sobre os não vacinados. Pelo contrário, a não realização de ações como as referidas poderá ter consequências nefastas sobre os restantes elementos da sociedade. Por fim, a própria *restrição orçamental do indivíduo* constitui um fator preponderante que justifica a intervenção das políticas públicas: a procura de um determinado bem (ou a utilização de um determinado serviço) está associada ao valor que esse bem representa para o indivíduo (por outras palavras, a procura é demonstrada pela vontade de pagar por esse bem), que depende, não só da utilidade desse mesmo bem para o indivíduo (isto é, se satisfaz as suas necessidades), mas também das próprias restrições orçamentais do adquirente (limitando o conjunto das suas necessidades). A transposição desta questão para a saúde consiste no princípio de que ninguém deve ser privado de cuidados médicos em caso de necessidade, independentemente das suas condições financeiras.

Os argumentos apresentados procuram mostrar que os serviços de saúde não devem depender da vontade de pagar das pessoas, mas devem antes ser analisados à luz das suas necessidades. Sendo assim, são bens socialmente desejáveis, que devem ser fornecidos à população em quantidades superiores às que seriam ministradas se deixados ao livre funcionamento do mercado. Como salienta Hsiao (1995:127), *“decisions about the structure of a health sector rest on the social values a nation embraces. Social values determine the objectives of health sector and shape the nation’s political institutions and processes”*. No fundo, o argumento aqui presente é o de que o benefício do coletivo é superior ao individual, pelo que se está, portanto, na presença do que, originalmente, Musgrave (1959:13) designou por *bem de mérito* – *“considered so meritorious that their satisfaction is provided for through the public budget, over and above what is provided for through the market and paid for by private buyers”*. Um conceito que a própria Organização Mundial de Saúde também já apontou para justificar uma forte intervenção por parte das políticas públicas (WHO, 2002).

Segundo Mendoza (2008/2009), a aplicação do conceito de bem de mérito aos cuidados de saúde está igualmente associada à importância moral que uma sociedade lhe atribui, a um juízo de valor e, consequentemente, à perspectiva de tomada de atuação política. Um argumento avançado também por Keven (1999:307): *“The management of health care resources poses moral questions as well. How a society allocates its resources is an indication of the moral commitments it holds and its moral vision. (...) In a world of limited resources choices must be made about priorities in allocating resources. A society needs a moral vision to guide how resources will be allocated to one priority over another”*.

O ponto de partida tradicional sobre a perspectiva moral da saúde consiste em invocar a noção de direitos humanos numa ótica de *direito à saúde* por intermédio do art.º 25º da Declaração Universal de Direitos Humanos, no qual se refere que *“toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à*

assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários”. Poderá dizer-se que o debate em torno do direito à saúde começou nas décadas de 1960 e 1970⁶¹. Um dos trabalhos pioneiros neste âmbito foi editado por Veatch e Branson (1976), preocupados com o problema da justa distribuição dos recursos nos cuidados de saúde e com a questão da equidade nos benefícios de saúde, num período em que se verifica um interesse geral da sociedade em torno dos direitos humanos. Neste âmbito, procuram alargar a visão tradicional da bioética, que lidava essencialmente com a relação paciente/médico, para uma perspetiva que incorporasse a política pública. Esta discussão fez com que a noção de direito à saúde se colocasse de uma forma abrangente, passando a incluir um número significativo de fatores socioeconómicos que extravasam os indicadores associados aos cuidados médicos, como sejam a educação, o bem-estar social ou a distribuição de recursos relacionados com a saúde, tudo numa ótica de equidade.

A noção de direito à saúde tem, de facto, justificado a intervenção do Estado neste domínio até por um imperativo legal/constitucional. Como referem Rego et al (2002:221), *“The legal framework of most European countries regards the right to healthcare services as a fundamental one. It is usually considered as a social right, politically but also ethically determined”*. Por exemplo, no caso de Portugal, a Constituição da República de 1976 destacava no seu art.º 64º o direito à saúde da seguinte forma:

1. Todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover.
2. O direito à protecção da saúde é realizado pela criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito, pela criação de condições económicas, sociais e culturais que garantam a protecção da infância, da juventude e da velhice e pela melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho, bem como pela promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular e ainda pelo desenvolvimento da educação sanitária do povo.

Embora na segunda revisão constitucional 1989), a alínea a) do n.º 2 do artigo 64.º seja objeto de alteração, estabelecendo que o direito à proteção da saúde é realizado através de um serviço nacional de saúde *“universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito”*, poderá argumentar-se que a perspetiva *moral* da saúde continua a ser defendida.

No entanto, a questão que se coloca na intervenção do Estado por uma questão moral reside no próprio grau de ingerência: *leve* (parcial) ou *pesado* (total)? Por outras palavras, em que situações atuar? E aqui a resposta também não é consensual. Por exemplo, certos autores partem do *princípio do dano* desenvolvido pelo filósofo inglês Stuart Mill na sua obra *On Liberty* (1859), para ilustrar que a intervenção do Estado é moralmente obrigatória para determinadas situações. Um exemplo clássico consiste na proibição do tabaco em espaços públicos. De facto, Stuart Mill, mesmo advogando a liberdade individual de cada um em contraponto ao que designava por tirania do governo, argumentava

⁶¹ Para um aprofundamento desta questão, consultar McCarrick (1992).

que havia uma razão legítima que sustentava o exercício de poder sobre os indivíduos, mesmo contra a vontade destes: prevenir que a ação individual cause danos a outros.

Outros autores, contudo, defendem uma visão mais abrangente de intervenção, por uma questão de justiça social associada à igualdade de oportunidades. Neste âmbito, importa sublinhar o trabalho desenvolvido por Daniels (2008). Ao procurar responder à questão – o que difere a saúde e os cuidados de saúde de outros bens para que se pense de forma diferente a sua distribuição pela população –, o autor faz uma reflexão sobre as alterações que se têm verificado, especialmente desde a década de 1990, em torno do financiamento dos cuidados de saúde (na lógica de controlar custos) e que têm conduzido a uma mudança de paradigma em que os cuidados de saúde são vistos cada vez mais como uma mercadoria: *“in the 1990s, many health systems in Europe experimented with market mechanisms, including efforts to stimulate competition among providers, as a way to improve efficiency. The more emphasis is placed on such mechanisms, the more we treat health care as a commodity like any other (...) because the introduction of some market measures threatened the special moral importance attributed to assuring equity in health care”* (Daniels, 2008:20). Partindo dos pressupostos teórico-conceituais no domínio da justiça social (e.g. Rawls, 1971; 2001; Arneson, 1988; Cohen, 1989; 2000; Sen, 1992; 1999), o autor associa a saúde à oportunidade enquanto fator que justifica a importância moral da saúde. A lógica do argumento é a seguinte: i) as pessoas agem normalmente se as suas necessidades de saúde forem satisfeitas, quer através da prestação de cuidados de saúde, quer através de uma distribuição adequada dos determinantes que afetam a saúde da população; ii) ao manter o comportamento normal (ativo) das pessoas está a proteger-se a amplitude das suas oportunidades; iii) neste sentido, há uma obrigação moral (e de justiça social) de proteger a saúde e as oportunidades daí decorrentes, pelo que a desigualdade na saúde será injusta quando resultar, entre outros fatores, de um acesso desigual aos cuidados de saúde.

Resumindo, neste subcapítulo procurou discutir-se o papel das políticas públicas no campo da saúde (em geral) e dos cuidados de saúde (em particular). Um debate que se revela útil precisamente pela razão apontada por Stiglitz (1992:19): *“It is imperative that we know the various rationale for government action, before we can proceed to design an appropriate set of government programs. In doing so, we must take into account the fact that not all individuals advocating government action will put the same weight on the various rationale”*. A análise aqui efetuada mostra que a atuação das políticas públicas no caso concreto da saúde deve ter em consideração dois fatores complementares. Por um lado, o facto de a prestação destes serviços não funcionar completamente segundo uma lógica de mercado, pelo que o acesso aos cuidados não deve depender da vontade de pagar das pessoas mas antes das suas necessidades. Por outro lado, de forma a assegurar os direitos sociais do bem-estar mínimo das pessoas tendo por base um conjunto de princípios morais, tais como garantir o direito à saúde numa ótica de não discriminação e de igualdade, considerar que o estado de enfermidade pode produzir impactos no resto da população, reconhecer o

valor intrínseco da saúde para que todos possam adotar um comportamento ativo na sociedade ou mesmo valorizar a importância de uma população saudável para o desenvolvimento das comunidades. Em conjunto, estes fatores contribuem para justificar uma intervenção forte das políticas públicas no domínio da saúde com o intuito de propiciar melhores condições de acesso, qualidade e equidade aos cidadãos.

Capítulo 2⁶²

EQUIDADE, EFICIÊNCIA E COESÃO TERRITORIAL NOS CUIDADOS DE SAÚDE: QUADRO CONCEITUAL DE REFERÊNCIA

2.1. Equidade e Eficiência nos Cuidados de Saúde: enquadramento

Este segundo capítulo pretende fornecer um quadro conceitual que ajude a referenciar a formulação de políticas de saúde (em geral) e de cuidados de saúde (em particular) à luz do princípio de coesão territorial. No caso concreto deste ponto, procura aprofundar-se os conceitos (primeiro) e a tensão existente (depois) entre equidade e eficiência no âmbito da formulação de políticas de saúde, introduzindo para tal a dimensão territorial na discussão.

Os conceitos de equidade e eficiência foram já discutidos na primeira parte da dissertação. De uma forma geral, argumentou-se que a noção de equidade na distribuição de recursos pode ser interpretada numa ótica estrita de igualdade, numa ótica de necessidades (*unequals should be treated unequally*, expressão amplamente difundida na bibliografia) ou, ainda, numa ótica baseada na procura ou em preferências (Lucy, 1981; Nicholls, 2001). Foi, então, dada ênfase à perspetiva de necessidades, afirmando-se a equidade enquanto igualdade de oportunidades e, por isso, com raízes na noção de justiça social⁶³. À luz desta ideia, importa agora discutir a aplicação deste conceito ao caso dos cuidados de saúde⁶⁴.

⁶² Parte do texto que aqui se apresenta foi publicado em Santinha (2013).

⁶³ Foi neste contexto que se procurou na primeira parte da dissertação discutir o princípio de justiça social, partindo-se da teoria de justiça de Rawls (1971; 1993). Esta teoria, porém, não especifica a questão da saúde. Aliás, Rawls tende a assumir o bem-estar enquanto norma e que os acidentes (ou o estado de doença) distribuem-se aleatoriamente pela sociedade, precisamente o contrário do que os estudos empíricos sobre as desigualdades em saúde têm vindo mais recentemente a comprovar (questão que será abordada neste capítulo). Para um aprofundamento desta discussão, consultar Peter (2001).

⁶⁴ Embora a noção de equidade no que respeita à provisão de serviços possa depender das próprias características do serviço, esta questão coloca-se na maioria dos casos (Lucy, 1981; Nicholls, 2001). O exemplo avançado por Lucy (1981) para o caso do abastecimento de água é esclarecedor: sendo certo que este deve abranger todos os cidadãos, não é menos verdade que, para que a rede de abastecimento tenha a pressão de água adequada para os cidadãos (em geral) e determinados serviços como os bombeiros (em particular), poderá justificar-se um investimento desigual em infraestruturas e estações elevatórias dadas determinadas variações topográficas ou de densidade populacional.

No que respeita ao caso específico dos cuidados de saúde, a questão das disparidades há muito que é abordada, incorporando nas análises conceituais a dimensão da justiça social (Viana et al, 2003; Howse, 2012) com a preocupação geral de, como referem Figueras et al (2004:7), “*Meeting the needs of its citizens for adequate health care*”. De uma forma simples, há *necessidade* quando se verifica uma diferença entre o existente e o desejado. De acordo com Culyer (1998) e Asadi-Lari et al (2003), porém, a noção de *necessidade* em cuidados de saúde é mais complexa, podendo ser difícil de definir e operacionalizar. Com efeito, o trabalho desenvolvido por Bradshaw (1972), por exemplo, mostra que é possível adotar quatro abordagens distintas: *necessidade normativa*, *necessidade sentida*, *necessidade expressa* e *necessidade comparativa*⁶⁵. A *necessidade normativa* é a que é determinada pelo profissional de saúde (o aforismo *the doctor knows best* retrata bem esta perspetiva). Como exemplo, refira-se a atribuição de determinadas vacinas ou a decisão de um cirurgião operar um paciente. A *necessidade sentida* está associada às perceções de cada indivíduo e, inerentemente, aos juízos de valor que faz sobre o seu estado à luz da informação que detém sobre questões de saúde. Um exemplo simples consiste na existência de uma dor de dentes. Se essa necessidade sentida se transformar na procura de um determinado serviço, a necessidade passa a ser *expressa*. Neste caso, o exemplo seria a deslocação do cidadão ao dentista. Por fim, a *necessidade comparativa* baseia-se numa expectativa agregada de necessidades expressas à luz das características de determinados grupos. Por exemplo, necessidades de pessoas que habitem num determinado local podem ser similares a um outro grupo de pessoas com características socioeconómicas semelhantes que vivam num outro local.

Esta complexidade concetual é também visível do ponto de vista processual, embora a abordagem para identificar as necessidades seja percecionada de forma diferente com o passar do tempo. Com efeito, se antes imperava um método mais *racional*, agora o foco reside preferencialmente em processos colaborativos na procura de aferir as necessidades⁶⁶ (Asadi-Lari et al, 2003). Joseph e Phillips (1984:59) ilustram bem a postura típica da década de 1980, alegando que no campo da tomada de decisões políticas a noção de *necessidade* deve ser equacionada de forma operacional através de especialistas: “*the objectivity (...) would rest squarely upon that of the professional judgement of need*”. No início da década seguinte, as necessidades tendem a ser consideradas em função dos custos – “*those for whom an intervention produces a benefit at reasonable risk and acceptable cost*” (Buchan et al, 1990) –, adicionando, portanto, à deliberação do profissional de saúde a perspetiva do gestor nos processos de tomada de decisão. Já no início deste século, a filosofia do processo de tomada de decisão é vista de forma diferente, considerando a

⁶⁵ Enquanto as três primeiras perspetivas apontam para necessidades individuais, a necessidade comparativa faz alusão a grupos.

⁶⁶ Uma tendência comum, sublinhe-se, a outras políticas públicas, como se teve oportunidade de referir na primeira parte da dissertação.

multiplicidade de atores e a importância de se tomarem decisões de forma coletiva: “(...) *the need for health care and the need for other interventions to improve health are to be collectively identified by a range of players, but principally health authorities, primary care groups and local government*” (Stevens et al, 2004). Postura, refira-se, também defendida por alguma bibliografia portuguesa: “*Se é um facto que nos últimos 30 anos, se foi registando um progressivo reconhecimento da importância de se envolverem os diferentes actores (stakeholders) do sistema de saúde e de se valorizar a voz e a opinião dos cidadãos, enquanto dimensão relevante no processo de produção em saúde, actualmente, é consensual que a participação representa uma estratégia incontornável para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e do desempenho global dos sistemas de saúde, constituindo-se como um princípio-chave a ser incorporado em todos os processos de reforma das políticas de saúde*” (OPSS, 2010:4).

Embora se encontrem enfoques distintos na bibliografia existente sobre a equidade em cuidados de saúde, em parte refletindo diferenças históricas e culturais (Macinko e Starfield, 2002; Kelly et al, 2007), a abordagem baseada nesta noção de equidade implica o reconhecimento de que todos devem ter uma oportunidade justa para atingirem o seu potencial de saúde, remetendo portanto a análise para o campo político e incorporando valores morais e éticos. Como refere Amer (2007:26): “*In addition to medical criteria, health needs must be understood in the context of the individual and the social, technical, political and economic environment that exists at a particular time. Value judgments will play a role regardless of the definition adopted*”. Por isso mesmo, equidade nos cuidados de saúde é normalmente considerada numa dupla perspetiva (Mooney e Jan, 1997; Starfield, 2001): horizontal (pessoas com necessidades semelhantes devem ser tratadas de forma análoga) e vertical (pessoas com diferentes necessidades devem ser tratadas de forma distinta em proporção com as respetivas diferenças). Por outras palavras, *igualdade para necessidades análogas e diferenciação para necessidades distintas*. Está, pois, aqui subjacente uma lógica de discriminação positiva face aos que mais necessitam (Macinko e Starfield, 2002).

Operacionalmente, tal significa que deve haver igual acesso aos cuidados de saúde para necessidades iguais, igual utilização para necessidades iguais e igual qualidade de cuidados para todos. De acordo com Penchansky e Thomas (1981), o conceito de acessibilidade inclui cinco dimensões, a saber *affordability, accommodation, acceptability, availability* e *accessibility*, significando as três primeiras potenciais barreiras de natureza socioeconómica e as duas últimas de natureza geográfica. Ora, abordar esta questão implica perceber quais as diferenças nos determinantes de saúde (ou seja, as condições que influenciam a saúde das populações) que são considerados injustos/desnecessários, nos quais são parte integrante outros fatores para além dos cuidados de saúde *per se* (Campos e Simões, 2011): características e comportamentos individuais, ambiente físico e ambiente socioeconómico. Aliás, esta perceção de que o acesso a cuidados é somente um dos fatores sociais que afetam a saúde conduziu, num passado recente, a um renovado interesse das ciências sociais em estudar as relações causais das desigualdades em saúde (Peter, 2001).

No âmbito desta perspectiva, importa realçar a publicação do Black Report (1982) no Reino Unido, servindo de estímulo ao aprofundamento do conhecimento, não só das desigualdades, mas fundamentalmente das variáveis que as determinam. Sublinhe-se, também, o envolvimento por parte da Organização Mundial de Saúde (OMS) neste domínio, destacando-se, por um lado, o seu trabalho precursor na constituição de um novo paradigma formalizado na Conferência de Alma-Ata (1978) com a proposta de *Saúde Para Todos no Ano 2000*, baseando a promoção de ações de saúde na noção de necessidade, e, por outro, na criação em 2005 da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde (*Commission on Social Determinants of Health*), afirmando inclusive recentemente (OMS, 2010:9): “O tema da justiça social é de importância vital. Afeta a forma como a população vive, a consequente probabilidade de doença e o seu risco de morte prematura. Assistimos ora com surpresa ao aumento da esperança média de vida e dos níveis de saúde em determinadas partes do globo, ora com alarme à sua redução noutras regiões. (...) Com sistemas de cuidados de saúde parciais ou sistemas com abastecimento desigual, as oportunidades para a saúde universal como assunto de justiça social perdem-se”.

Paralelamente a estas questões de equidade em saúde, importa realçar o importante papel que a OMS tem desempenhado num outro campo de análise: o desempenho dos sistemas de saúde. De facto, ao lançar o “World Health Report 2000 – Health systems: Improving performance”, a OMS, não só apresentou uma comparação entre diversos sistemas de saúde (numa ótica de partilha de informação e aprendizagem), como também contribuiu para ampliar o debate em torno da questão da eficiência na afetação de recursos nos cuidados de saúde (Jacobs et al, 2006). Da discussão efetuada na primeira parte da dissertação, verificou-se que, de uma forma geral, eficiência pode ser entendida como o emprego de meios em termos de maximização, isto é, de capacidade de obter o maior rendimento possível a partir de um determinado conjunto de meios (Araújo, 2002). Por outras palavras, eficiência refere-se ao melhor uso dos recursos, ou seja, produzir a máxima quantidade de resultados face a determinados recursos ou, em alternativa, alcançar determinados resultados com a menor quantidade possível de recursos (Hollingsworth et al, 1999).

Alcançar a eficiência na afetação de recursos nos cuidados de saúde significa, pois, maximizar os benefícios de saúde para a sociedade com o mínimo possível de custos na prestação dos cuidados (Amer, 2007), o que operacionalmente implica perceber a relação entre os recursos utilizados e os resultados obtidos. Jacobs et al (2006) explicam de forma simples esta questão: um determinado serviço consome um conjunto de M recursos físicos, avaliado em X pela sociedade (custos); após um processo de transformação, estes recursos conduzem à produção de S resultados que a sociedade avalia de forma agregada em Y (benefícios); a eficiência neste caso será o rácio Y/X, a que vulgarmente se designa custo-eficiência.

A decisão sobre a afetação e distribuição de recursos (custos e benefícios) tem sido uma preocupação permanente no campo das políticas públicas em geral e palco de debate essencialmente no campo das ciências políticas e económicas (Gold, 1998). Já há cerca de sete décadas, o economista Key (1940:1138) lançava o seguinte desafio: *“On what basis shall it be decided to allocate X dollars to Activity A instead of allocating them to Activity B, or instead of allowing the taxpayer to use the money for his individual purposes?”*. Diversas teorias têm surgido neste contexto, seja ao nível do desenvolvimento de métodos e critérios de apoio à tomada de decisão, seja do ponto de vista da compreensão dos próprios processos de formulação e implementação de políticas públicas. Ora, os cuidados de saúde não são exceção neste panorama, como bem ilustra o comentário de Amer (2007:24): *“In an ideal society health care systems would be capable of meeting all the health needs of a population. Experience, however, shows that this has proven to be unrealistic and contemporary health planners recognize that the need for care will almost inevitably exceed supply. In the Western world, the expressed need for and cost of health care has continued to grow despite limited population growth, rising living standards and improvements in diet, hygiene and preventative measures. In part, this is driven by changing health needs of an aging population, technological innovations and increasing personnel costs but it is also related to rising expectations in terms of the type and volume of services required”*.

Com efeito, a complexidade inerente a decisões desta natureza está associada, não só a questões técnicas e metodológicas, mas também a uma multiplicidade de julgamentos de valor sobre quais os beneficiários e, ainda, à criação de consensos políticos (Talen, 1998). Como refere Amer (2007:11): *“Health care provision is thus inevitably tied up with issues of resource allocation, distribution and priority setting: decisions have to be made about the nature and range of services to provide and how they are distributed amongst the members of society. Obviously, these are questions of an economic and political nature”*. Esta questão é ainda mais premente numa conjuntura, por um lado, de contenção de gastos no sector da saúde, no qual a procura de eficiência ganha uma maior preponderância, e, por outro, de incremento quer do número de idosos e de portadores de doenças crónicas quer das próprias expectativas dos cidadãos, e por isso mesmo a ideia de equidade é valorada.

Atendendo a este contexto, é natural que em diversas situações haja alguma tensão entre estes dois princípios nos processos de tomada de decisão: quanto é que se deve sacrificar da eficiência a favor da equidade e vice-versa? A decisão a tomar deve ter por base uma metodologia que ajude a ponderar a relação equidade/eficiência e que seja capaz de conjugar a multiplicidade de fatores que fazem parte deste *trade-off*, de forma a dotar os decisores políticos de informação necessária e suficiente para efetuarem as respetivas deliberações. Ora, a afetação e a distribuição de recursos nos cuidados de saúde tendo em consideração os princípios de eficiência e equidade pressupõem uma abordagem multidimensional e devem ser analisadas sob várias perspetivas. Uma das questões que tem sido

debatida, particularmente no domínio político, tendo em conta a afetação e distribuição de recursos nos cuidados de saúde, relaciona-se precisamente com a relação *cuidados de saúde/território*. Na sua forma mais simples, a lógica por detrás da tensão existente nos processos de tomada de decisão pode ser enunciada da seguinte forma esquemática: é reconhecida a existência de disparidades territoriais na saúde (em geral) e nos cuidados (em particular); a oferta de serviços em múltiplas unidades descentralizadas aumenta a equidade de acesso (diminuindo distâncias e tempos de deslocação); a centralização dos serviços em poucas unidades amplia o volume de cuidados, responde em maior número a casos mais complexos (o que consequentemente promove a experiência dos profissionais) e diminui os custos médios de produção; por isso mesmo, a centralização promove a eficiência; mas ao proporcionar um aumento de distâncias, tempos e custos de deslocação está a contribuir-se para uma redução da equidade de acesso. É compreensível, portanto, que face à tendência atual de reorganização dos sistemas de saúde em distintos países, conduzindo à fusão hospitalar e ao encerramento de diversas unidades (particularmente em meios rurais), se verifique uma insatisfação e incompreensão geral por parte das populações e alguma resistência política local, fatores amplamente difundidos pelos meios de comunicação social.

De uma forma simples, é, pois, na relação *condições de acesso/concentração de serviços* que se centra a problemática acima referida. Como, então, lidar com esta relação? Partindo de um conjunto vasto de referências bibliográficas, o próximo ponto (2.2) procura apresentar uma súmula de diversos fatores a considerar no âmbito da problemática em causa. Refira-se, contudo, que esta análise da relação *cuidados de saúde/território* é essencialmente efetuada numa perspetiva 'isolada', isto é, centrada nos cuidados de saúde e não tendo em consideração uma visão mais abrangente da importância do contexto territorial. Por isso mesmo, no ponto subsequente (2.3), procura alargar-se o debate sobre a referida relação, complementando a visão típica sectorial e introduzindo um outro tipo de racionalidade (supletiva) em relação aos processos de tomada de decisão essencialmente baseados em critérios de afetação (ótica da eficiência) e de distribuição (ótica da equidade) de recursos. É neste contexto que se procura avançar com a adoção do princípio de coesão territorial na saúde.

2.2. Território, equidade e eficiência nos Cuidados de Saúde: o ponto de partida analítico

Embora já com longa tradição no campo da investigação científica, os padrões territoriais associados ao fenómeno da saúde e da doença, no atual contexto de globalização, têm-se tornado num tópico de crescente interesse, quer na arena política, quer no meio académico, refletindo a importância da saúde humana enquanto indicador de desenvolvimento e qualidade de vida (Santana, 2005; Meade e Emch, 2010). De uma forma geral, nesta bibliografia é argumentado que, por um lado, as oportunidades individuais não dependem somente de riscos associados ao desemprego, deficiência, pobreza, doença ou idade, mas estão igualmente associadas ao território onde vivem e trabalham, ou seja, à existência/acesso ou não de determinadas condições/oportunidades sociais e económicas, e, por outro lado, que as variações em saúde, para além de fatores individuais, estão relacionadas com o meio social, económico e territorial em que se desenvolvem a vida familiar e as atividades profissionais. Surge, desta forma, a ideia de que as características territoriais são também importantes na compreensão do fenómeno da saúde, pelo que as questões da saúde devem ser consideradas de um ponto de vista amplo e não determinista (Santos, 2003). Aliás, a valorização da importância do contexto territorial no estudo da saúde conduz determinados autores, como Santana (2005:79), a afirmar que *“o início do Século XXI é, simultaneamente, o início de um novo milénio e o início de uma nova era no estudo das desigualdades em saúde: o papel do contexto, entendido nos aspectos geográficos, sociais e culturais”*.

A par das variações em saúde, é possível também verificar disparidades ao nível dos cuidados de saúde. Como referem Joseph e Phillips (1984), diferentes padrões de acesso a cuidados de saúde constituem um excelente exemplo sobre a forma como a afetação territorial de recursos pode contribuir para intensificar as disparidades gerais em termos de saúde e de qualidade de vida. Smith (1979:246) afirma inclusive que *“Health care is perhaps the most ‘basic’ of all services, for on this may depend whether a newly-born child lives or dies, whether we survive illness or accident and, if we recover, whether we retain full use of essential faculties or suffer permanent handicap”*. De facto, o título do livro de Fuchs (1974) – *Who shall live?* –, enquanto referência no domínio das políticas da saúde, capta bem a essência desta questão, sublinhando a importância de aprofundar e discutir este tema quando comparado com outros.

Estas disparidades territoriais do ponto de vista da acessibilidade são tradicionalmente discutidas no seio da bibliografia no duplo ponto de vista geográfico e socioeconómico (Penchansky e Thomas, 1981; Gold, 1998). A primeira dimensão enfatiza especialmente as particularidades da oferta dos cuidados de saúde e a segunda as características da população, articulando designadamente a relação entre o rendimento e o acesso ou o uso de cuidados. Sobre esta última questão, refira-se o trabalho publicado recentemente por Kim et al (2012) para a Coreia do Sul, no qual concluem que

desigualdades no rendimento, designadamente da população idosa, refletem-se no acesso e uso de cuidados de saúde, apresentando os indivíduos com maior rendimento e uma literacia mais elevada um maior acesso e uso dos serviços. Por sua vez, a própria questão da natureza geográfica de acessibilidade aos cuidados de saúde está associada, quer à disponibilidade de serviços ou de profissionais de saúde num dado território, quer à distância ou ao tempo de deslocação dos cidadãos aos prestadores/profissionais de saúde (McGrail e Humphreys, 2009). Verifica-se, por isso, uma articulação entre as duas dimensões (geográfica e socioeconómica), na medida em que há custos associados à deslocação e ao tempo despendido (Goddard e Smith, 2001).

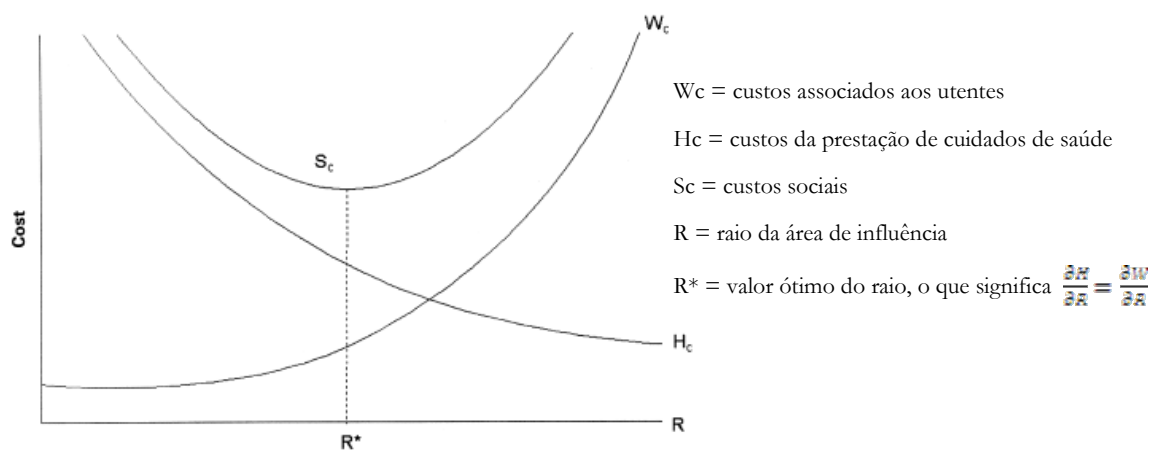
Diversos estudos têm-se debruçado sobre este assunto, procurando perceber qual a mais adequada relação do número de residentes por médico para cada unidade territorial ou qual a melhor distribuição geográfica de serviços de saúde por forma a permitir que os cidadãos possam aceder aos cuidados dentro de um tempo considerado adequado. Por outras palavras, e colocando em forma de questão, até que ponto poderão os serviços estar dispersos para maximizar o seu acesso, dentro de determinadas restrições orçamentais? Sendo certo que o rácio médicos/habitantes é amplamente usado na bibliografia como critério de afetação de médicos e serviços de saúde nos diferentes territórios e como meio de comparação de profissionais existentes entre diferentes países e regiões, não é menos verdade que várias questões ficam em aberto no que respeita à utilização deste critério para tomar decisões relativamente à distribuição geográfica de serviços de saúde: como definir as unidades territoriais a que um indicador desta natureza se refere? Quais as áreas de influência a considerar? Qual a sua relação com a densidade populacional?

Lidar com a relação *condições de acesso/concentração* significa, desde logo, perceber quais os fatores que influenciam os custos de, por um lado, aceder aos serviços (lado da procura) e, por outro, prestar os serviços (lado da oferta). Estes fatores são normalmente abordados na bibliografia de referência numa dupla ótica: i) na procura de uma melhor distribuição geográfica dos serviços de saúde tendo em conta determinadas restrições financeiras e ii) para tentar justificar o encerramento de determinados serviços de saúde. Embora nessas referências se observem diferentes abordagens⁶⁷, parte-se do trabalho desenvolvido por Khan et al (2001) para a análise da questão em causa. O argumento apresentado pelos autores é o seguinte: percebendo a relação entre o custo dos cuidados prestados e o custo de acesso a esses cuidados, e admitindo que ambos variam com a área de influência dos serviços, é possível refletir sobre qual a irradiação. Ou seja, fica-se com uma noção do tempo de percurso ou da distância a percorrer desejável face a determinadas restrições económico-financeiras. Para tal, os autores apresentam uma metodologia de minimização de custos (sociais) para planear a distribuição geográfica de serviços de urgência de obstetrícia para 20 distritos do Bangladesh, tendo em

⁶⁷ Consultar, *inter alia*, Khan et al (2001), Noh et al (2006), Garcia-Lacalle e Martin (2010) e Capps et al (2010).

consideração os custos de prestar (lado da oferta) e de aceder aos serviços (lado da procura). A próxima figura esquematiza a relação em causa.

Fig. 3: Relação custos/raio da área de influência de um prestador de cuidados de saúde



Fonte: Khan et al (2001)

A leitura do esquema permite verificar que, por um lado, do ponto de vista da prestação de serviços, quanto maior a área de influência, menor os custos por gravidez e menor é o número de serviços necessários e, por outro lado, na perspetiva da procura, quanto maior a área de influência, maiores os custos de deslocação e de oportunidade, o que, por sua vez, desencoraja as mulheres a deslocarem-se e, consequentemente, aumenta as taxas de mortalidade e morbilidade (logo, maiores custos para a sociedade). Portanto, a abordagem baseia-se na minimização do custo social (enquanto somatório dos dois tipos de custos: oferta e procura), que adota uma função em forma de U (relação custo/irradiação) e cujo valor ótimo do raio é aquele em que se verifica o menor custo médio social. Dada a relação existente entre as variáveis, o cálculo do raio permite determinar também a dimensão e o número dos serviços necessários. Refira-se, ainda, que, para o território analisado, os autores concluem que os custos sociais mínimos correspondem a uma irradiação média de 10 km, ou seja, uma área de influência de 314 km² para cada serviço.

Seguindo este raciocínio, importa agora perceber quais as dimensões a considerar, quer nos custos associados à procura, quer nos custos associados à oferta. Tendo por base o mesmo estudo, do ponto de vista dos custos associados à procura, os autores consideram, por um lado, os custos da deslocação (distância e transporte) e, por outro, os custos de oportunidade, por sua vez influenciados pelas características socioeconómicas (e.g. rendimento, literacia, idade) e clínicas dos utentes, características territoriais (que, por sua vez, repercutem-se no tempo despendido na deslocação) e as consequências da não utilização dos serviços (com implicações na taxa de mortalidade e morbilidade). Embora os

critérios encontrados na bibliografia sobre estas questões não sejam unânimes, fornecem, apesar de tudo, um bom indicador sobre as preocupações que os decisores políticos devem ter ao tomarem decisões desta natureza. No que respeita à distância ou ao tempo do percurso, diversos autores assumem como padrão que o tempo de deslocação a cuidados de saúde não deve exceder os 30 minutos (e.g. Shuman et al, 1973; Goodman et al, 1997; Luo e Wang, 2003). Seguindo o mesmo padrão, Unal et al (2008) advertem, no entanto, que este tempo de deslocação pode variar em função das características socioeconómicas do território, como sejam apresentar uma taxa de mortalidade infantil ou um perfil socioeconómico baixo (e.g. 20% da população ser pobre). Já o *Graduate Medical Education National Advisory Committee* (EUA) faz as seguintes recomendações (Pong e Pitblado, 2001): 30 minutos para cuidados de emergência médica e cuidados gerais para adultos e crianças, 45 minutos para obstetrícia e 90 minutos para cirurgias médicas. Para o caso português, o Despacho n.º 727/2007, de 18 de Dezembro de 2006, refere o seguinte: “*Serviço de urgência médico-cirúrgica (SUMC)*’ o segundo nível de acolhimento das situações de urgência, que deve localizar-se estrategicamente de modo que, como valor indicativo, dentro das áreas de influência/atração respectivas, os trajectos terrestres não excedam sessenta minutos entre o local de doença ou acidente e o hospital”. Seguindo esta orientação, o Relatório preliminar sobre a rede hospitalar com financiamento público (ERS, 2011), na caracterização que efetua dos hospitais públicos portugueses, considera como aceitável a referência dos 60 minutos para o acesso a cuidados hospitalares gerais. Refira-se, no entanto, que todos estes tempos de deslocação são apontados enquanto *normas*, independentemente da densidade populacional.

Um fator que diversos estudos apontam nesta discussão é o facto de haver uma relação entre a distância aos cuidados de saúde e o seu uso: quando a primeira aumenta, o segundo diminui. Refira-se que um dos trabalhos percursoros na análise desta ocorrência foi desenvolvido por Shannon e Dever (1974), no qual alegando que os habitantes de áreas mais próximas dos cuidados de saúde eram os que mais utilizavam esses serviços. Posteriormente, Whitehouse (1985) menciona que os indivíduos que realizam deslocações mais longas para os cuidados de saúde (mais de 5 Km) encontram-se numa situação bem mais desvantajosa face aos outros, facto depois comprovado por Knox e Pinch (2000), argumentando que os cidadãos que vivem a maiores distâncias tendem a ignorar os sintomas que apresentam em vez de se deslocarem aos prestadores de cuidados de saúde primários. Estas observações foram igualmente mencionadas no estudo desenvolvido por Lucas-Gabrielli et al (2001:21), quer para os serviços de urgência, quer para os cuidados primários de saúde e hospitalares: “*Pour les services d’urgence, il y a un effet de dissuasion de la distance (distance decay): la proximité d’un service d’urgence est associée à une utilisation accrue (...) Pour les actes de dépistage, il y a également un effet négatif démontré par les enquêtes (...) Pour les soins primaires comme pour les soins hospitaliers, la majorité des études montre l’effet négatif de la distance sur la fréquentation*”. Refira-se, ainda, o trabalho desenvolvido por Curri e Regan (1999), em que procuraram analisar o fator distância na utilização de serviços de saúde (cuidados preventivos) por

parte de crianças. Considerando que o uso dos serviços depende das características da família (educação, idade, dimensão), da distância ao hospital, do tipo e cobertura do seguro e, ainda, das características da envolvente (qualidade do sistema de transportes, densidade populacional, campanhas de informação), os autores concluem que a distância ao hospital tem um impacto significativo na utilização de cuidados, especialmente em relação a crianças de raça negra, verificando-se um decréscimo de 3% de probabilidade de fazerem um *checkup* por cada 1,5 Km adicionais de distância. Sobre o efeito da distância na utilização de cuidados de saúde, importa ainda referir os trabalhos desenvolvidos por Ingram et al (1978), Rudge et al (2013) e, para o caso português, Santana (2005), todos identificando uma correlação estatisticamente significativa entre a utilização de serviços de urgência e de consultas externas e a distância percorrida. Outros autores, como por exemplo Lucas-Gabrielli et al (2001:22), argumentam ainda que o fator distância é uma barreira observável, não só nos utentes, mas também nos próprios visitantes das pessoas hospitalizadas: *‘L’effet de la distance est également observé sur les visites faites par des proches des personnes hospitalisées: la situation de l’hôpital, surtout s’il est situé en périphérie, constitue une barrière supplémentaire qui renforce l’isolement des malades’*.

Contudo, embora de uma forma geral os utentes tendam a deslocar-se para o hospital mais próximo (Vrangbæk et al., 2007) – o que vem reforçar a importância do fator distância –, de acordo com alguns autores, a gravidade do diagnóstico (e.g. certos casos de cancro) e a necessidade de cuidados especializados podem, de certa forma, anular este efeito distância ou tempo de deslocação (Lucas-Gabrielli et al, 2001). Apesar de tudo, os resultados também não são consensuais. Por exemplo, Bronstein e Morrissey (1991) concluem que os utentes estão dispostos a percorrer maiores distâncias para cuidados mais especializados (procura de maior qualidade). Já Chan et al (2006) mostram que os utentes de áreas mais periféricas (rurais) preferem ser atendidos por médicos de clínica geral a terem de efetuar grandes deslocações à procura de especialistas.

Nesta linha de argumentação, os territórios que apresentam piores condições de acesso a serviços de saúde e a profissionais de saúde tendem a ser os de carácter rural⁶⁸, com menor densidade demográfica, inferior disponibilidade e opções de transporte e cuja população apresenta menores rendimentos e índices de escolaridade (Kumar, 2004; Rosenthal et al, 2005; Unal et al, 2008; Mattson, 2010). Importa, neste contexto, realçar os estudos conduzidos por Launoy et al (1992), Campbell et al (2001), Casey et al (2001) e Smith et al (2008), nos quais se mostra que, de uma forma geral, os habitantes das áreas rurais, não só têm um menor acesso a cuidados primários de saúde, como consequentemente efetuam diagnósticos e tratamentos tardios. Esta problemática está, em parte, relacionada com o tempo e o tipo

⁶⁸ Sobre a diferenciação urbano/rural, refira-se, porém, que muitos estudos, ou não definem exatamente os conceitos, ou quando o fazem evidenciam a ausência de consenso na definição (ver, por exemplo, Pong e Pitblado, 2001). Apesar de tudo, os estudos norte americanos tendem a seguir a taxonomia urbano-rural RUCA (*rural-urban commuting area code*), que relaciona dimensão com fluxos (Chan et al, 2006).

de deslocação aos serviços de saúde. Segundo Chan et al (2006), os habitantes das áreas rurais fazem deslocações duas a três vezes mais longas que os das áreas urbanas, questão agravada pelo facto de nos território rurais se verificarem maiores condicionantes ao nível da oferta de meios de transporte (Mattson, 2010). A propósito desta questão, no estudo desenvolvido por Curri e Regan (1999) para analisar o fator distância na utilização de serviços de saúde (cuidados primários) por parte de crianças, uma das conclusões a que os autores chegam é que há um efeito positivo em ter automóvel privado, nomeadamente em meios rurais, na utilização de cuidados de saúde preventivos. Ainda no âmbito desta relação mobilidade /tipologia territorial, importa mencionar um estudo recentemente conduzido por Chanta et al (2011), que vem precisamente demonstrar as disparidades existentes também para o caso dos serviços de emergência médica: não só o padrão *standard* de resposta nestes serviços é consideravelmente diferente (cerca de 9 minutos para áreas urbanas e 15 minutos para áreas rurais), como também o tempo de resposta nas áreas rurais pode ainda ser bem maior. Por isso mesmo, os autores referem que *“patient survival rates in rural areas are observed to be significantly lower than in urban areas”*. Para o caso português, os tempos de deslocação previstos são superiores, mas igualmente distintos para áreas urbanas e rurais. As metas propostas pelo Ministério da Saúde (2007) para o tempo de resposta do socorro ao local são de 15 minutos em áreas urbanas e 30 minutos em áreas rurais (para 90% da população).

Por outro lado, uma característica adicional destes territórios de carácter rural consiste no elevado número de idosos que proporcionalmente apresentam. É esta a razão que conduz diversos autores (e.g. Biswas et al, 2006; Jones et al, 2009; Mattson, 2010) a argumentar inclusive que, dadas as tendências demográficas crescentes de envelhecimento populacional, esta questão será ainda mais premente, na medida em que os idosos são dos grupos etários que mais usam os serviços de saúde, mormente os cuidados primários, mas também dos que mais limitações possuem do ponto de vista da mobilidade. Como refere Mattson (2010) *“The problem becomes compounded when a growing portion of residents in rural areas are older adults who need access to health care services but may have limited transportation options”*.

Acresce que esta diferença pode também ser considerada ao nível do tipo de serviços prestados e dos recursos humanos existentes (Joseph e Phillips, 1984; Oliveira e Bevan, 2003; Santana, 2010). De uma forma geral, segundo os mesmos autores, os níveis de serviços de saúde existentes tendem a estar disponíveis geograficamente de forma diferenciada: enquanto os cuidados de saúde primários encontram-se mais pulverizados pelo território, já os cuidados hospitalares e de carácter diferenciado estão mais concentrados nas áreas urbanas, mostrando que quanto maior a especialização dos cuidados maior a irradiação dos serviços mais especializados face aos serviços básicos/gerais. Refira-se, a título de exemplo, o trabalho desenvolvido por Galvão et al (2006), que mostra, em termos de localização, a existência de uma hierarquia funcional de cuidados de assistência maternal e perinatal para o município

do Rio de Janeiro. Na mesma linha de raciocínio, Stitzenberg et al (2007), argumentando que a procura de aumentos de volume de determinados cuidados especializados para a melhoria dos resultados clínicos tem conduzido a uma maior centralização dos serviços, estudam o caso das intervenções cirúrgicas associadas ao cancro, mostrando que esta realidade tem aumentado o percurso (distância) que os utentes têm de efetuar, logo aumentando as disparidades. Tal, nas palavras de Joseph e Phillips (1984), torna os cuidados de saúde um bem mais complexo do que se poderia supor, na medida em que a disponibilidade de serviços depende também dos atributos organizacionais do sistema.

A situação de heterogeneidade descrita entre as áreas urbanas e rurais – menor disponibilidade de cuidados e maiores deslocações – é normalmente justificada pelo facto de as áreas geográficas de baixa densidade demográfica não terem capacidade de sustentar grandes e especializadas unidades de cuidados de saúde dados os elevados custos a estas associados (Lucas-Gabrielli et al, 2001; Venesmaa, 2011). No entanto, e como referem Van Teijlingen e Pitchforth (2010), as áreas rurais não podem ficar desprovidas de serviços de saúde por uma questão de equidade de acesso, caso contrário poderá estar inclusive a perpetuar-se o que Hart (1971) designou por *inverse care law*: as pessoas com mais necessidade de cuidados (como é o caso dos idosos e dos que habitam em áreas rurais) são as que recebem menores cuidados de saúde. A este propósito, Jones et al (2009:114) colocam, em tom de provocação, a seguinte questão: “*are we expecting patients who are already not feeling well to possibly take two or three buses before they can reach their GP?*”.

Importa, contudo, frisar que o fator distância entre os cidadãos e os prestadores de cuidados de saúde e o seu respetivo comportamento (uso) não pode ser analisado numa perspetiva tão linear, na medida em que a maior ou menor utilização dos cuidados de saúde por parte das populações não se deve somente à existência e localização *per se* de serviços. Por outras palavras, a mera existência de serviços de saúde na proximidade não é garante exclusivo ou suficiente da sua utilização. Do ponto de vista dos próprios serviços de saúde, há outras circunstâncias que interessa igualmente considerar, tais como (Santana, 2005): a existência de redes de referência⁶⁹, as características de utilização, os custos associados ao uso (como, por exemplo, o tempo despendido), a qualidade e a quantidade de recursos

⁶⁹ De acordo com a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), “as Redes de Referência Hospitalar (RRH) são sistemas através dos quais se pretende regular as relações de complementaridade e de apoio técnico entre todas as instituições hospitalares, de modo a garantir o acesso de todos os doentes aos serviços e unidades prestadoras de cuidados de saúde, sustentado num sistema integrado de informação inter-institucional. Uma Rede de Referência Hospitalar (RRH) traduz-se por um conjunto de especialidades médicas e de tecnologias que suportam vários sistemas locais de saúde, permitindo: i) articulação em rede, variável em função das características dos recursos disponíveis, dos determinantes e condicionantes regionais e nacionais e o tipo de especialidade em questão; ii) exploração de complementaridades de modo a aproveitar sinergias, concentrar experiências permitindo o desenvolvimento do conhecimento e a especialização dos técnicos com a consequente melhoria da qualidade dos cuidados; iii) concentração de recursos permitindo a maximização da sua rentabilidade. (...) Como princípio orientador, as redes devem ser construídas numa lógica centrada nas necessidades da população e com base em critérios de distribuição e rácios, previamente definidos, de instalações, equipamentos e recursos humanos”. Refira-se que as redes de referência hospitalar serão alvo de análise na terceira parte da dissertação.

físicos e humanos que esses serviços disponibilizam (e.g. número de camas, disponibilidade de serviços de urgência, adequabilidade de transportes públicos, qualidade das instalações e do atendimento, número de profissionais de saúde, presença de serviços de diagnóstico de alta tecnologia).

Estas questões associadas à localização e condições de acesso aos cuidados, embora não totalmente recentes (Hensher et al, 1999), têm estado cada vez mais no cerne do debate académico e político, à medida que as políticas de saúde se têm centrado essencialmente na contenção dos gastos (questão agravada perante a conjuntura atual), com grandes mudanças na organização, gestão e dimensão hospitalar, incutindo consequentemente uma ótica de racionalização de recursos e de centralização/concentração de serviços (Baker et al, 1999; Carreira, 1999; Gaynor e Vogt, 2000; Kristensen et al, 2008; Venesma, 2011; Azevedo, 2011). É neste sentido que interessa, agora, perceber quais os fatores que influenciam os custos de prestar os serviços, isto é, direcionar a revisão bibliográfica para uma compreensão dos custos associados à oferta.

O já referido estudo de Khan et al (2001) fornece novamente um contributo inicial interessante sobre quais os fatores que afetam a prestação dos serviços de saúde. Os custos podem ser encarados de acordo com duas perspetivas diferentes: i) numa ótica temporal, isto é, considerando o investimento inicial (e.g. construção das infraestruturas) e os custos de operação e manutenção; ii) tendo em conta os custos fixos e os custos variáveis, que dependem da dimensão (nº de equipamentos e recursos humanos, utilização de medicamentos, produtos laboratoriais, consumíveis) o que, por sua vez, repercute-se na área geográfica de influência. Mais uma vez, embora os critérios encontrados na bibliografia sobre estas questões não sejam unânimes, fornecem, apesar de tudo, um bom indicador sobre as preocupações que os decisores políticos devem ter ao tomarem decisões desta natureza. Com efeito, o crescente enfoque no intuito de aferir a eficiência económica nos serviços de saúde tem conduzido a inúmeros estudos sobre a avaliação do impacto do volume de produção hospitalar⁷⁰ na estrutura de custos, analisando-se consequentemente a relação *economias de escala/dimensão hospitalar*⁷¹ (Azevedo, 2011). Uma forma de se conseguirem alterações ao nível do volume de produção consiste precisamente na concentração de meios de produção e na especialização por intermédio da fusão hospitalar (Baker et al, 1999; Gaynor e Vogt, 2000; Kristensen et al, 2008; Azevedo, 2011), seja adotando uma lógica de junção física dos serviços de saúde integrantes com desativação de certas unidades, seja numa ótica de fusão/complementaridade em rede com a reorganização da gestão e dos cuidados prestados (OPSS, 2010).

⁷⁰ Importa esclarecer que a produção hospitalar inclui os serviços de internamento (e.g. número de casos tratados e dias de internamento) e o tratamento de doentes externos (número de consultas e de urgências) (Carreira, 1999; Barros e Gomes, 2002; Barros et al, 2008; Azevedo, 2011).

⁷¹ Entenda-se dimensão hospitalar expressa pelo número de profissionais de saúde ou de camas, este último um indicador amplamente usado na literatura (Cho, 1998).

É vasta a bibliografia que reporta as inúmeras vantagens decorrentes da fusão hospitalar para o aumento da eficiência nos serviços de saúde, apontando que, de uma forma geral, resultam de uma diminuição dos custos de produção por ganhos em economias de escala (Sinay, 1998; Gaynor e Vogt, 2000; Groff et al, 2007). Sendo uma prática que emerge essencialmente no sistema privado de saúde dos EUA na década de 80 (Henderson e Taylor, 2003; Choi, 2011), cedo ganhou preponderância também em países europeus, como sejam os casos do Reino Unido na década de 90 (Choi, 2011), da Bélgica (Trotta, 2009), da Holanda (Meijers, 2007), da Suécia (Ahgren, 2008; Choi, 2011; Ahgren e Axelsson, 2011) e de Portugal (Vaz, 2010; Azevedo, 2011) na transição do século, só para citar alguns exemplos.

A noção de economias de escala está associada a aumentos na produtividade ou decréscimos no custo médio de produção (Samuelson e Nordhaus, 2001). A sua aplicação ao caso dos serviços de saúde é ilustrada de forma simples por Azevedo (2011:9): *“a redução de custos é possível pelo aumento da eficiência, na medida em que a exploração de economias de escala permite uma diminuição de redundâncias (diminuição dos serviços em duplicado), diminuição da capacidade subutilizada, melhoria na gestão e processos de produção e redução de custos administrativos”*. Outra das vantagens, segundo Harris et al (2000), decorre do facto de permitirem aos hospitais um maior poder de negociação com os fornecedores, podendo beneficiar de custos unitários inferiores. Por outro lado, segundo Halm et al (2002) e Com-Ruelle et al (2008:1), a exploração de economias de escala por parte dos serviços de saúde permite inclusive uma melhoria dos resultados clínicos, dada a variedade e especialização dos cuidados existentes em unidades de grande dimensão: *The presence of a learning curve at both the individual and hospital level (transfer of knowledge, organisation of work) appear to explain a large part of this correlation*. Esta questão é igualmente sublinhada no estudo desenvolvido por Murray e Teasdale (2005) para o Sistema Nacional de Saúde da Escócia, ressaltando, porém, o facto desta relação se observar essencialmente em cuidados específicos de saúde e de elevado risco e cuja intervenção médica seja de natureza mais complexa. O trabalho desenvolvido por Lipscomb e Douglass (1986) para o ramo de medicina dentária insere-se igualmente neste contexto. Tendo em conta o número de pacientes por dentista, o número de pacientes por hora de trabalho, o número de horas de trabalho, os rácios auxiliares/dentista, o tipo de cuidados prestados e o preço cobrado, os autores concluem que há tendencialmente uma maior produtividade em serviços com maior número de especialistas (1/2 *vs.* 4/5 dentistas).

A análise dos diversos estudos empíricos existentes sobre esta questão mostra, apesar de tudo, uma ausência de unanimidade quanto aos resultados obtidos. Posnett (1999) e Jones et al (2009) afirmam mesmo que não há evidência empírica que justifique esta nova geração de cuidados na procura de ganhos em economias de escala e redução de custos, que tem conduzido ao encerramento de diversas

unidades de saúde e à centralização dos serviços em hospitais com cada vez maior dimensão. A título de exemplo, Meijers (2007) refere que na Holanda, de 1970 a 2005, o número de hospitais passou de 197 para 86 e que, de 1980 a 2002, o número médio de camas hospitalares passou de 330 para 500. Com efeito, e pelo contrário, o que diversos autores apontam é que os ganhos associados a economias de escala só se verificam para hospitais de pequena e média dimensão, isto é, cujo número de camas não seja superior a 200 (Cowing et al, 1983; Dranove, 1998; Posnett, 1999; Gaynor and Vogt, 2000; Kristensen et al, 2008) ou, no caso de unidades de cuidados intensivos, não ultrapasse 400 (Posnett, 1999). Por outras palavras, o que estes autores expõem é que, embora as economias de escala acarretem vantagens potencialmente grandes, a partir de certo ponto passam a observar-se rendimentos decrescentes, isto é, *deseconomias de escala*, verificando-se portanto uma relação em ‘U’ entre os custos médios e a dimensão hospitalar. Posnett (1999:1664) aborda esta questão de forma caricatural: *“Even the most committed believers accept that there is a limit to the operation of economies of scale. Otherwise, the most efficient solution would be to concentrate all acute hospital services for the United Kingdom at a new mega-hospital somewhere around Leeds”*.

Também para o caso português foram feitos alguns estudos que se debruçaram sobre esta questão e, de igual forma, os resultados alcançados são díspares. Carreira (1999) utiliza dados em painel de 82 hospitais públicos portugueses para o período de 1991 a 1995 e conclui que do ponto de vista dos custos os resultados mostram que se deve favorecer a criação de hospitais de maior dimensão (o número de camas médio hospitalar analisado foi de 265), com uma larga escala de produção e uma maior diversificação de serviços. Deixou, porém, a ressalva de que a longo prazo podem verificar-se *deseconomias de escala*. Importa mencionar neste contexto o trabalho desenvolvido por Lima (2003) para a realidade portuguesa, procurando perceber de que forma as economias de escala tinham implicações na eficiência hospitalar. Considerando um conjunto de variáveis de *input* (despesas totais com internamento e cuidados ambulatoriais, despesas pessoal/número pessoas, despesas imobilizado/camas, despesas pessoal/despesas totais, despesas imobilizado/despesas totais, despesas consumo corrente/despesas totais) e de *output* (pacientes saídos/ano em medicina geral e cirurgia e ainda no âmbito de outras especialidades, número consultas externas e urgências/ano), os autores concluem que se verificam economias de escala globais para a média da amostra, a que corresponde um hospital com uma dimensão média de 241 camas. Já Simões e Marques (2011:23-24), num estudo em que procuram analisar a relação entre a eficiência de 68 hospitais portugueses e a sua dimensão, apresentam uma conclusão que rompe com os resultados obtidos pelos outros autores mencionados. De facto, considerando como variáveis de *input* os custos de capital, o número de funcionários e outras despesas de capital, e como variáveis de *output* o número de pacientes, o número de urgências hospitalares e o número de consultas externas, e recorrendo à aplicação do DEA (*Data Envelopment Analysis*), os autores concluem que os centros hospitalares (na ótica de ganhar dimensão) são, em

média, mais ineficientes que os hospitais não agrupados⁷². Por fim, importa mencionar o trabalho desenvolvido por Azevedo (2011) para analisar o impacto das fusões hospitalares na eficiência do serviço de saúde, concluindo que este procedimento não se apresenta vantajoso do ponto de vista económico, na medida em que se verificou um aumento geral dos custos médios.

A procura da fusão hospitalar para o aumento da eficiência nos serviços de saúde decorre também da ideia de que a expansão do tipo de cuidados resulta numa diminuição dos custos de produção por ganhos em *economias de gama* (Preyra e Pink, 2006). Ora, as economias de gama surgem quando uma determinada organização adquire vantagens em fornecer um número variado de serviços. Neste contexto, Mcpake et al (2002:36) referem: “[*economies of scope*] are likely to exist if some equipment or staff can usefully be shared between the different services”. De uma forma geral, os estudos que se debruçam sobre esta questão procuram verificar se há maior eficiência (relação custos/resultados) combinar, no mesmo serviço de saúde, consultas externas (*outpatient care*) com internamentos (*inpatient care*) ou manter os cuidados em unidades diferenciadas. À semelhança das economias de escala, porém, também o debate em torno das vantagens e/ou desvantagens em integrar/diversificar mostram-se inconclusivos (e.g. Weaver e Deolalikar, 2004; Preyra e Pink, 2006). Uma outra forma de analisar as vantagens associadas à existência de economias de gama (e de escala), especialmente nos EUA, consiste em aferir o número de inscrições/membros de seguros de saúde (e.g. oferta de serviços integrados vs. diferenciados para inscritos em *Medicare*⁷³ ou não). Regra geral, os resultados mostram que não há vantagens em integrar/diversificar. Por exemplo, Given (1996), analisando parâmetros de *input* (custos dos serviços hospitalares, dos profissionais de saúde, do trabalho administrativo e da unidade de saúde em si – construção, renda...), de *output* (número de inscritos em seguros de saúde como *Medicare*, *Medi-Cal* ou comerciais) e outras variáveis de controlo (e.g. idade e índice de rede – calculado em função do número de condados que as instituições abrangem e a sua dimensão, medida por número de habitantes), chega às seguintes conclusões: por um lado, há economias de escala até certo nível de inscrição de membros (cerca de 115000), constituindo pois uma boa solução para a fusão de hospitais até esse ponto; por outro lado, não se verificam ganhos em economias de gama (antes pelo contrário). Wholey et al (1996) fazem um estudo idêntico, retirando ilações semelhantes: verifica-se uma saturação bastante rápida em termos de economias de escala (não compensa para um número de inscritos superior a 50000) e a

⁷² Curiosamente, no estudo também se conclui que os hospitais EPE (*entidades públicas empresariais*) apresentam piores resultados que os hospitais SPA (*sector público administrativo*), desfecho similar obtido por Menezes et al (2006) num estudo efetuado para um painel de 51 hospitais portugueses para o período 1997-2004, no qual referem que a organização institucional dos hospitais sob a forma SA/EPE causa um aumento dos custos variáveis.

⁷³ Este sistema de seguros de saúde norte-americano é essencialmente destinado aos idosos ou a cidadãos que correspondam a determinados critérios de rendimento.

integração (numa ótica de tirar partido das economias de gama) pode ser mais desvantajosa em termos de custos.

Por outro lado, Prior e Solà (2000) analisaram o desempenho dos hospitais especializados e de clínica geral da Catalunha para poderem comparar a importância das economias de gama (e de escala). Para cada tipologia dos hospitais (especializados vs. diversificados) foram considerados diversos parâmetros de *input* (número de profissionais de saúde, número de funcionários, número de camas e valor em compra de materiais) e de *output* (tempo de estadia – em número de dias – de internamentos, tempo de estadia em virtude de cirurgias, tempo de estadia por especialidade clínica, tempo de estadia de cuidados intensivos, número de consultas externas). Recorrendo ao método não paramétrico do DEA, os autores concluem que, quando comparado com o aumento da dimensão (economias de escala), a diversificação (economias de gama) traz vantagens no aumento de produtividade e no controlo de custos. Recorrendo ao mesmo método, Kittelsen e Magnussen (2003) procuram aferir a existência de economias de gama nos hospitais noruegueses. Neste sentido, procuram verificar o que é mais eficiente a três níveis: i) cuidados de emergência médica vs. consultas médicas com marcação, ii) cirurgias médicas vs. consultas médicas, iii) internamento vs. consultas externas. Os parâmetros foram analisados tendo por base o número de utentes para cada tipologia de cuidados, o rendimento desses utentes, o número de nascimentos e a duração das estadias. Os autores concluem que a especialização (economias de escala) traz mais vantagens que a diversificação (economias de gama). Para o caso português, importa referir o trabalho desenvolvido por Gonçalves e Barros (2009). De forma a verificar se seria vantajoso para determinados tipos de técnicas de diagnóstico e serviços de terapia efetuar estes serviços internamente ou, pelo contrário, externamente (subcontratação), os autores concluem que se verificam economias de gama para determinados serviços (e.g. Medicina física e reabilitação) mas não para outros (e.g. Patologia clínica).

Às dúvidas que decorrem das potenciais vantagens económicas da fusão hospitalar na procura de ganhos em economias de escala e de gama, acrescem outras preocupações associadas ao conseqüente encerramento de diversas unidades de saúde, especialmente em áreas rurais. A problemática da natureza geográfica da acessibilidade, já aqui referida, tem conduzido diversos autores a analisar os impactos de encerrar determinados serviços de saúde. Refira-se, a título de exemplo, o trabalho desenvolvido por Capps et al (2010), no qual se apresenta uma metodologia de análise tendo em conta os custos hospitalares e a utilidade dos utentes. Ao nível dos custos, os autores tentam comparar os custos de manter esses hospitais abertos com o acréscimo de custos para outros hospitais que a decisão de encerrar acarreta. Estes custos são calculados em função do número de pacientes admitidos, das despesas com recursos humanos e da percentagem de ocupação (número de camas vazias). No que respeita à utilidade, esta é calculada em função das características do hospital (e.g. tipo de cuidados que

presta, qualidade dos serviços), das características dos utentes (socioeconómicas e clínicas) e da localização geográfica (tempo de deslocação, convertido em valor monetário). Os resultados alcançados para os 5 hospitais estudados mostram que o *bem-estar total* aumentou com o encerramento das respetivas instalações. Tais resultados estão, em grande medida, associados ao facto de estes hospitais mostrarem uma taxa de ocupação de somente 60%. Apesar de tudo, os autores chamam a atenção que há outros fatores que importa observar mas que não foram considerados na análise efetuada, nomeadamente a relação entre o aumento do tempo de deslocação e a taxa de mortalidade. Neste âmbito, importa recordar o trabalho desenvolvido por Buchmueller et al (2006), em que concluem que um aumento de 1,5 Km de distância ao serviço de saúde eleva a taxa de mortalidade em 6,5% para enfarte agudo do miocárdio e 11-20% para acidentes e lesões não intencionais. Sobre esta questão, porém, Capps et al (2010) referem que tal não significa que se opte liminarmente por não encerrar os serviços em discussão: o que está em causa é refletir sobre como diminuir o tempo que demora prestar os cuidados aos utentes e encontrar mecanismos que promovam um tempo de resposta de emergência médica mais célere.

Na reflexão sugerida por Capps et al (2010) está implícito o potencial papel que as TIC podem desempenhar na prestação de cuidados de saúde como forma de ultrapassar alguns dos obstáculos decorrentes da distância geográfica. Sobre esta questão, refira-se o estudo desenvolvido por Finn et al (2006), no qual se conclui que determinados resultados de *scans* de Ressonâncias Magnéticas feitos à distância apresentam inclusive uma qualidade superior aos realizados localmente mas por pessoas menos experientes, o que traduz uma vantagem acrescida da utilização destas tecnologias para ultrapassar o efeito da distância no acesso a cuidados especializados. Mas os benefícios da utilização destas tecnologias vão para além da questão da distância geográfica. De acordo com Menachemi et al (2004), as vantagens da sua utilização dirigem-se, quer aos profissionais de saúde (e.g. mais eficiente triagem de pacientes, maior colaboração entre diferentes profissionais), quer aos utentes (e.g. diminuição dos custos de transporte e tempos de deslocação, acesso mais célere a cuidados especializados), quer ainda à administração hospitalar (e.g. diminuição do número de internamentos e da sua duração, diminuição de consultas externas, diminuição de duplicação de despesas referentes a exames clínicos). Mas aqui importa igualmente ter em consideração os respetivos custos dos equipamentos e das infraestruturas, bem como da formação necessária para a sua utilização, quer por parte dos profissionais de saúde, quer por parte dos funcionários administrativos (Menachemi et al, 2004). Neste contexto, importa mencionar o estudo desenvolvido por Agha et al (2002), no qual procuram analisar a relação custo/eficiência da utilização da telemedicina em áreas rurais face a métodos alternativos de atendimento presencial: consultas em serviços com a necessária especialidade médica e consultas de clínica geral na própria área rural. Considerando o número de pacientes, a probabilidade de sucesso da intervenção via telemedicina, o custo do equipamento, a utilidade do seu

uso para os utentes (em termos de tempo despendido) e para os profissionais de saúde (considerando a partilha de informação entre os diferentes prestadores e a percentagem de esforço associada ao seu uso), os resultados mostraram-se favoráveis ao uso das TIC (\$335 por utente/ano) quando comparado com consultas na especialidade (\$585) e na área de residência (\$1166).

Resumindo, procurou aqui mostrar-se qual a abrangência de questões a ter em consideração para se poder lidar com a relação equidade/eficiência numa ótica territorial (ainda que numa perspectiva sectorial, ou seja, centrada nos cuidados de saúde e, por isso mesmo, exígua), o que implica desde logo perceber, por um lado, quais os fatores que influenciam as condições de acesso aos serviços (acesso geográfico e económico) e, por outro, o que influi na prestação de serviços, que por sua vez tende a favorecer a concentração na dupla perspectiva dimensão (economias de escala) e variedade (economias de gama). Do ponto de vista dos fatores que influenciam a procura, há que ter em consideração os custos da deslocação (distância e transporte) e os custos de oportunidade, que são influenciados pelas características socioeconómicas (e.g. rendimento, literacia, idade) e clínicas dos utentes, as características territoriais (que, por sua vez, repercutem-se no tempo despendido na deslocação) e as consequências da não utilização dos serviços (com implicações na taxa de mortalidade e morbilidade). No que respeita aos custos de deslocação, embora diversos estudos apontem para o facto de haver uma relação inversa entre a distância aos cuidados de saúde e o seu uso (quando a primeira aumenta, o segundo diminui), os critérios adotados não são unânimes e podem variar em função da maior ou menor especialização dos cuidados de saúde. A título de exemplo, os critérios mais usados são, por um lado, a atribuição de uma área de influência dos serviços de saúde baseada no número de habitantes face ao tipo de cuidados prestados (e respondendo à necessidade de ter uma relação número de residentes por médico adequada para cada unidade territorial) e, por outro, a definição de uma distância máxima de deslocação ou tempo de percurso aos cuidados de saúde (sendo o tempo de 30 minutos o mais referido pela bibliografia).

Apesar de tudo, neste contexto, a bibliografia tende a apontar para o facto de as áreas rurais apresentarem níveis de cuidados de saúde menores e piores condições de acesso a serviços de saúde e a profissionais de saúde, impondo aos seus habitantes deslocações maiores quando comparadas com as áreas mais urbanas, com as devidas repercussões no seu estado de saúde. Acresce que são territórios caracterizados por uma menor densidade demográfica, inferior disponibilidade e opções de transporte e população com menores rendimentos e índices de escolaridade, o que, de acordo com alguns estudos, tem implicações na procura de cuidados de saúde. Por isso mesmo, uma análise que procure maximizar a utilização e/ou minimizar as distâncias aos cuidados de saúde deverá igualmente ter em atenção outros aspetos, como um fator de dificuldade associado a barreiras geográficas (qualidade das vias de comunicação, meios de transporte), pesos diferentes para grupos socioeconómicos distintos

(incorporando questões como o rendimento e os escalões etários), restrições sociais e culturais (e.g. literacia) e a densidade populacional.

Ao nível dos fatores que afetam o custo da prestação dos serviços de saúde, o crescente enfoque no intuito de aferir a eficiência económica dos serviços de saúde tem conduzido a inúmeros estudos sobre a relação *economias de escala / dimensão hospitalar* e *economias de gama / variedade hospitalar*. Especialmente no contexto atual de contenção de custos, ao qual se associa “*uma crença generalizada de que o Sistema Nacional de Saúde (SNS) é ineficiente e não corresponde ao investimento que nele é feito*”⁷⁴ (Ribeiro et al, 2011:141), diversos autores apontam para as potenciais vantagens de concentração de cuidados de saúde. Como tal, várias reformas têm sido encetadas nesta ótica, em que se privilegia a fusão hospitalar com o intuito de reduzir custos pelo aumento de eficiência por via da referida concentração. Contudo, embora as economias de escala e de gama acarretem vantagens potencialmente grandes, os resultados não se revelam consensuais. No que respeita às economias de escala, por exemplo, diversos estudos apontam que a partir de certo ponto (e.g. 200 camas hospitalares) passam a verificar-se deseconomias de escala. Quanto às economias de gama, os resultados são ainda mais díspares e dependem do tipo de serviços em causa. Assim, a procura de eficiência por esta via deve ser analisada com especial atenção.

Por fim, interessa sublinhar o papel que as tecnologias de informação e comunicação podem desempenhar neste processo, tanto do ponto de vista da procura (acesso), como ao nível da oferta (concentração): por um lado, permitem que os utentes tenham acesso a determinados cuidados sem terem de efetuar grandes deslocações (ultrapassando, assim, a barreira da distância) e, por outro, diminuem a necessidade de desconcentrar pelo território diversos tipos de cuidados.

Importa, agora, olhar para a relação território, equidade e eficiência na saúde numa perspetiva mais abrangente. Aliás, foi no sentido de ajudar a ponderar a relação entre a equidade na distribuição de recursos e a eficiência na sua afetação em processos de decisão política que, na primeira parte da dissertação, se sublinhou a importância de considerar a dimensão territorial nesses processos e se avançou com o princípio de *coesão territorial*. Com efeito, e como já sublinhado, enquanto novo paradigma de desenvolvimento do espaço europeu a adotar pelas políticas públicas, o princípio de coesão territorial torna-se num conceito catalisador e atua, inclusive, como referência normativa e cognitiva. Para uma melhor perceção do conceito, formalizaram-se três dimensões analíticas:

- Reconhecer e lidar com a heterogeneidade territorial e a complexidade das dinâmicas territoriais;
- Estabelecer uma organização territorial que promova a intensificação das relações interurbanas e a complementaridade de usos, funções e competências entre áreas urbanas e espaços rurais;

⁷⁴ Esta expressão feita especificamente para o caso português pode, perfeitamente, ser extensível a outros contextos.

- Desenvolver intervenções integradas assentes em sistemas de governança territorial e envolvendo mecanismos de coordenação vertical e horizontal.

À justificação geral da adoção do princípio de coesão territorial na formulação de políticas públicas, interessa, agora, efetuar uma análise mais específica para a temática em estudo: compreender de que forma é que as três dimensões analíticas que sustentam o princípio de coesão territorial se articulam com os cuidados de saúde. Relembre-se que o objetivo desta análise não consiste em desenvolver uma fórmula de cálculo ou destrinçar todos os fatores que influenciam equidade e a eficiência nos cuidados de saúde, mas antes estabelecer uma base informativa e argumentativa que permita criar um referencial de intervenção de políticas públicas e servir de base à análise a efetuar na vertente empírica da presente investigação.

2.3. A adoção do princípio de coesão territorial nos Cuidados de Saúde

2.3.1. Dimensão heterogeneidade territorial

Na discussão conduzida na primeira parte da dissertação em torno do princípio de coesão territorial argumentou-se que a dimensão heterogeneidade territorial está associada, por um lado, à problemática das disparidades territoriais e, por outro, à valorização da diversidade territorial.

A problemática das disparidades territoriais está relacionada com a já referida relação *condições de acesso/concentração de serviços*, focando-se a questão essencialmente na análise da natureza geográfica de acessibilidade aos cuidados de saúde tendo em apreciação, quer a dicotomia urbano/rural, quer as recentes tendências de reorganização de vários sistemas de saúde numa ótica de racionalização de recursos e de concentração de serviços. Mas a análise desta relação só ganha todo o seu sentido se for considerada num contexto mais vasto, tendo presente, de forma conjunta, critérios económicos e sociais territorialmente contextualizados. E, portanto, aos fatores que influenciam a procura e a oferta de serviços de saúde explorados no ponto anterior importa acrescentar outros de natureza mais ampla, aqui discutidos em torno de duas questões concretas: por um lado, a necessidade de considerar o impacto social, económico e político que os serviços de saúde provocam ao nível local, particularmente em territórios menos desenvolvidos, e, por outro, a importância de atender aos comportamentos e estilos de vida numa ótica de promoção da saúde e prevenção da doença.

Em relação à primeira questão, são vários os estudos que apontam para fatores como a dimensão das redes sociais e económicas existentes ou o conhecimento e a informação presentes sobre questões relacionadas com a saúde ajudarem também a diferenciar os territórios rurais dos mais urbanos⁷⁵ (Shannon, 1980; Gesler, 1992; Joseph e Hallman, 1998; Nemet e Bailey, 2000; Smith et al, 2008). Por isso mesmo, à heterogeneidade do ponto de vista da disponibilidade/acessibilidade geográfica aos cuidados de saúde, convém refletir sobre outras restrições de natureza económica e social, como sejam o rendimento e a literacia, com consequências ao nível do acesso a informação e à perceção do estado de saúde ou de doença (Perry et al, 2008; Santana, 2010). Sobre esta questão, importa realçar os trabalhos desenvolvidos por Subramanian et al (2001) e Oakes (2004) nos quais identificam diferenças expressivas na auto perceção do estado de saúde em contextos distintos, levando Santana (2005:79) a referir que *“a probabilidade de serem percebidos níveis diferentes de estados de saúde varia consideravelmente quando se altera ou se modifica a situação relativamente ao capital social. Baixo capital social equivale a piores estados de saúde auto-avaliados”*. Para uma melhor perceção desta afirmação, refira-se que o conceito de capital social está associado à existência de redes imateriais, isto é, de relações entre determinadas unidades

⁷⁵ É importante fazer a ressalva que a discussão em torno destes fatores não se centra somente na dicotomia urbano/rural (consultar, por exemplo, Geronimus, 2000; Thomson, 2011).

sociais, sejam elas indivíduos ou grupos de indivíduos, informais ou formais, como empresas ou instituições (Santinha e Castro, 2008). Segundo Putnam (2000), estes laços podem ocorrer entre indivíduos ou grupos com características similares (*bonding capital*), logo de maior confiança (exemplos incluem relações entre membros da família e amigos próximos), ou díspares (*bridging capital*), mas igualmente úteis, pois permitem aceder a recursos ou oportunidades que estão fora das suas redes de relacionamentos pessoais. Ora, quando comparadas com as rurais, as áreas urbanas oferecem uma maior dotação de infraestruturas de suporte à atividade económica, mão-de-obra tendencialmente mais qualificada, maior facilidade de estabelecer contactos pessoais (presenciais), um maior número de relações de influência ao nível do exercício de funções políticas, administrativas, religiosas e culturais e, inclusive, uma melhoria das condições de vida do ponto de vista do acesso a determinados serviços, como a educação, a saúde ou a justiça (Santinha e Castro, 2008). Por isso mesmo, os territórios mais urbanos proporcionam uma interação pessoal e organizacional intensa e regular que acaba por promover a proximidade (relembrando a *urban glue* de Peter Hall, 2003) e, consequentemente, aumentar o capital social.

É precisamente por esta questão que diversos autores argumentam que a localização de um serviço de saúde pode trazer vantagens acrescidas, especialmente nas áreas mais rurais: não só porque permite um maior e mais célere acesso aos cuidados *per se*, mas também porque, em conjunto com outros serviços e equipamentos, pode criar o que determinados autores designam por *sentido de lugar* ou *de pertença* (Kearn, 1991; Jones e Moon, 1993; Nemet e Baily, 2000) ou *espaço de atividade* (Cromley e Shannon, 1986; Golledge e Stimpson, 1987), onde os cidadãos interagem e exercem diversas atividades, criando mais e fortificando, assim, redes sociais e económicas. Neste âmbito, convém realçar o estudo desenvolvido por Kearn (1991), argumentando que os serviços de saúde não devem ser encarados numa ótica puramente funcionalista, servindo igualmente como espaços de encontro, de convívio e até de discussão em torno da temática da saúde e dos cuidados de saúde, promovendo assim um maior sentido de envolvimento coletivo e participação pública. É neste sentido que Mohan (1998) aponta ao referir que os movimentos sociais coletivos que estes serviços provocam acrescentam um significado adicional à simples consideração da oferta dos serviços. Por outro lado, o próprio *sentido de lugar* ou *de pertença* referido está positivamente associado ao bem-estar dos indivíduos. O estudo desenvolvido por Theodori (2001) vem precisamente demonstrar esta relação e insere-se na mesma linha de argumentação de outros aurores que relacionam o meio envolvente com a perceção do estado de saúde/bem-estar (e.g. James e Eyles, 1999; Gesler, 2003).

Estas questões ajudam a perceber porque diversos autores colocam algumas dúvidas em relação às potenciais vantagens decorrentes da fusão hospitalar, especialmente quando tal implica o encerramento de diversas unidades de saúde, designadamente em áreas rurais. Mas outros fatores podem igualmente

ser referidos, como sejam o impacto na economia local (Hart et al, 1991; Probst et al, 1999; Holmes et al, 2006), no estado de saúde dos habitantes, particularmente ao nível dos idosos e das famílias com menores rendimentos (Hart et al, 1991), no *sentimento* das populações ou, como sublinha James (1999), ao nível sociopsicológico, ou mesmo no âmbito da política local (Hart et al, 1991; Lucas-Gabrielli et al, 2001). É neste contexto que Fleuret (2003:244) efetua a seguinte afirmação: *“Par ses fonctions d’employeur, de consommateur et de formateur, l’hôpital occupe une place primordiale dans la vie économique locale et tout mouvement de recomposition est ressenti comme une menace, pesant non seulement sur l’activité médicale, mais aussi sur l’équilibre socio-économique local. De fait, chaque fermeture de service ou regroupement d’activités provoque inmanquablement une levée de boucliers dans la population et parmi les élus locaux”*. E é esta a razão que conduz Muus et al (1995:65) a referir *“Hospital closure, a devastating event in the life of small communities, can have long-lasting medical, economic, and psychological consequences”*.

A compreensão dos fatores referidos vem, pois, colocar em debate a relevância dos contextos locais, o papel dos serviços de saúde para além da vertente direta da prestação de cuidados e a importância que as comunidades atribuem ao meio envolvente, reforçando igualmente o valor de se adotar uma perceção mais global dos determinantes de saúde e não tão centrada nos cuidados de saúde *stricto sensu*. É nesta perspetiva que se insere o conceito de promoção da saúde, processo que, de acordo com a Carta de Ottawa (OMS, 1986), visa criar condições para que os cidadãos aumentem a sua capacidade de controlar os fatores determinantes da saúde, no sentido de a melhorar. Através deste processo de compreensão das causas de saúde, *“altera-se a percepção do conceito de saúde e demonstra-se que, se é necessária a informação “vima para baixo”, também é fundamental que a decisão política seja alicerçada na realidade local”* (Miranda e Loureiro, 2010:34).

Esforços encetados numa lógica de promoção da saúde advêm também da necessidade de combater a frequência das doenças crónicas e a persistência de algumas doenças infecciosas, encontrar respostas adequadas ao envelhecimento da população e diminuir os gastos com os cuidados de saúde. Como referem Fries et al (1993:321), *“if there were no illness and no accidents, health care costs would theoretically be zero”*. É neste contexto que surge uma maior aposta em políticas salutogénicas, assentes na adoção de comportamentos saudáveis e na criação de ambientes que facilitem escolhas também mais saudáveis, e uma maior responsabilização da saúde entre as entidades que atuam neste domínio e as comunidades (PNS 2012-2016). A promoção de uma cultura de cidadania, visando o reforço da literacia em saúde, a capacitação e a participação dos cidadãos, torna-se, deste modo, essencial *“para que os cidadãos se tornem mais autónomos e responsáveis em relação à sua saúde e à saúde de quem deles depende, bem como promovendo uma visão positiva em saúde”* (PNS 2012-2016).

Por outro lado, a aposta na promoção da saúde vem também reforçar (ou revitalizar, nas palavras de Sanders et al, 2011) o papel que os cuidados de saúde primários podem desempenhar neste domínio. A *Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde* (OMS, 2011) vem precisamente alertar para a necessidade de os sistemas de saúde apostarem neste nível de cuidados como meio de atender aos determinantes de saúde como um todo e, deste modo, diminuir as desigualdades existentes. É neste âmbito, aliás, que Starfield (2011:653) faz a seguinte afirmação: *“primary healthcare is a ‘health equity-producing’ social policy”*. É certo que a importância de associar as questões sociais à saúde não é nova, com raízes no século XIX. Os trabalhos então desenvolvidos por Engels e Virchow no contexto europeu levantaram o véu sobre como as condições sociais estavam relacionadas com o estado de enfermidade (Waitzkin, 1981). Influenciada pela abordagem das necessidades básicas ao desenvolvimento social (Hoadley, 1981), na década de 1970, esta perspetiva ganhou um novo fôlego e projeção internacional com a Declaração de Alma-Ata (OMS, 1978), incentivando todos os povos a apostarem na atenção primária à saúde. Mas a adoção desta perspetiva mais abrangente não tem sido fácil, quer pela existência de uma corrente de opinião que advoga que os cuidados primários se devem centrar mais na questão curativa – *“until primary health care can be made available to all, services targeted to the few most important diseases may be the most effective means of improving the health of the greatest number of people”* (Walsh e Warren, 1980:152) –, quer porque em muitos locais a oferta de cuidados apresenta um peso excessivo das vertentes curativa e prescritora – *“in the West there seems to be little awareness or concern for these principles. (...) One could perhaps describe this situation of the western medical reaction to Alma Ata as one, not of deafening silence, but of deafness”* (Macdonald, 1993:10). Segundo Baum et al (2013), a lógica que tem prevalecido na aposta em cuidados primários *seletivos* reside essencialmente na adoção de uma abordagem biomédica da saúde em detrimento da perspetiva social: *“Biomedicine sees diseases as residing in the bodies of individuals and so actions to address them are directed at curing the individual or persuading them to reduce their risk factors for disease, emphasizing curative and rehabilitative therapies. The biomedical paradigm has established a pervasive and powerful position and it continues to dominate in health systems around the world”*. Mas o revitalizar do papel dos cuidados primários de acordo com esta *nova* perspetiva pode revelar-se, nas palavras de Macdonald (1993), o *cavalo de troia* dos cuidados de saúde.

É neste contexto de adoção de uma visão mais abrangente e social da saúde que surge também a ideia de *saúde em todas as políticas* (*health in all policies*). Embora com raízes na Declaração de Alma-Ata, a noção de *saúde em todas as políticas* é enunciada formalmente em 2006 durante a Presidência Finlandesa da UE, partindo da premissa que a melhoria da saúde é um objetivo transversal a diversos sectores e advogando uma abordagem da saúde de forma integrada e intersectorial (Ståhl et al, 2006). Diversas ocorrências no domínio da saúde passam, então, a ser consideradas por diversos autores como *wicked problems*, isto é, problemas de difícil resolução dadas as complexas interdependências que existem em

seu turno⁷⁶, justificando por isso o envolvimento de diferentes atores de distintos sectores sob a alçada da *saúde em todas as políticas*. Kickbusch (2010:13) apresenta o caso da obesidade como um exemplo típico de um problema desta natureza: “*a typical example of a wicked problem in the health arena is obesity: both the problem and the solution are systemic. It is not only a disease but a complex system of determinants, and involves a plethora of actors who fulfil many different functions in society. Risk patterns are local (e.g. the absence of playgrounds or lack of bicycle lanes) as well as national (e.g. the lack of food labelling requirements) and global. Obesity will be a test case for 21st century health policy because such systemic challenges can only be resolved through great political commitment at all levels of government and in many sectors of society*”. Mais recentemente, em 2013, decorrente do debate ocorrido na 8^a Conferência Global sobre Promoção da Saúde, é publicada a Declaração de Helsínquia, na qual a ideia de *saúde em todas as políticas* ganha especial relevo, bem como um documento de apoio à implementação desta perspetiva em cada país, intitulado *Health in All Policies Framework for Country Action*. Importa aqui mencionar que, no seguimento destas iniciativas, é lançado em Janeiro de 2014 o *Plano de Saúde 2013-2020 do Governo Basco (Políticas de Salud para Euskadi 2013-2020)* em que, tendo como referência os países do Norte da Europa, adota como marco concetual a ideia de *saúde em todas as políticas*. É visível, pois, o apoio institucional que existe em torno deste conceito, quer com o objetivo de reduzir as disparidades observadas, quer com a perspetiva de adotar processos de formulação de políticas de saúde construídos de forma interinstitucional e intersectorial.

Como se explicou no subcapítulo específico sobre coesão territorial, reconhecer a heterogeneidade territorial implica, não só abordar a problemática das disparidades territoriais, mas também valorizar a diversidade dos territórios, ou seja, considerar as potencialidades e as fragilidades territoriais diferentes, o que consequentemente se traduz na análise dos recursos existentes para formular políticas territorialmente diversificadas.

De acordo com a teoria da base económica, o volume de produção e de emprego de um determinado território dependem das suas atividades de exportação, as quais incutem, através de mecanismos de interdependência na produção e no consumo, o crescimento do emprego e do rendimento das atividades, quer a montante do sector exportador, quer orientadas para a satisfação das necessidades de consumo da população (Delgado, 2009). Ora, tradicionalmente, os serviços de saúde não são considerados atividades básicas de exportação, atuando, ao invés, numa ótica de resposta às necessidades locais. Neste contexto, a valorização do capital territorial destes locais está essencialmente associada à criação de condições que promovam o acesso a serviços de saúde por parte da população que aí resida ou exerça a sua atividade profissional no sentido de aumentar as condições de saúde

⁷⁶ A afirmação atribuída a Laurence J. Peter caracteriza bem o conceito em discussão: “*Some problems are so complex that you have to be highly intelligent and well informed just to be undecided about them*” (Peter *apud* Periyakoil, 2007:658).

(prevenção e tratamento de enfermidades) e, consequentemente, a qualidade de vida e o leque de oportunidades dos cidadãos. Procura, assim, assegurar-se que determinados territórios (especialmente os de carácter mais rural) tenham condições mínimas de sustentação social e de articulação com o sistema regional para poderem tirar partido de recursos (e.g. culturais, patrimoniais, naturais) aí presentes, contrariando, assim, de acordo com Costa (2009), um conjunto de mecanismos de natureza cumulativa que, de outra forma, inviabilizariam o acesso ao desenvolvimento por parte dos territórios menos desenvolvidos.

Contudo, o alcançar de certos patamares de desenvolvimento e dimensão permite que os serviços de saúde se tornem atividades exportadoras de cuidados, capazes de atrair utentes a um nível global. Foi, aliás, neste contexto que ocorreu o lançamento da Diretiva 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9 de Março de 2011, relativa ao exercício dos direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços, estabelecendo as regras de acesso a cuidados de forma a assegurar a mobilidade de pacientes e a promover a cooperação neste domínio entre os diferentes Estados-Membros⁷⁷. Na verdade, a procura de cuidados transfronteiriços não é nova, com a mobilidade de pacientes a observar-se, em maior ou menor grau, em diversos contextos (Mainil, 2012). Mas a Diretiva em causa permite clarificar algumas questões dúbias, particularmente no que respeita a certos procedimentos administrativos e ao reembolso dos custos dos cuidados de saúde suportados noutro espaço territorial, prevendo igualmente obrigações a cumprir por cada Estado-Membro no âmbito da prestação dos cuidados e da informação a proporcionar aos pacientes.

Mas os serviços de saúde podem igualmente dar suporte a determinadas atividades económicas, apresentando um carácter de complementaridade em relação ao capital diretamente produtivo e permitindo, inclusive, gerar um efeito multiplicador e de diferenciação da sua economia. Um exemplo reside na sua forte articulação com o turismo. Desde logo, porque a acessibilidade a cuidados de saúde em determinados territórios constitui um fator preponderante para que turistas, designadamente os mais idosos, estejam predispostos a deslocar-se para determinados locais (Cavaco, 2009). Tornam-se, pois, fatores diferenciadores do ponto de vista da criação de condições de atratividade de um determinado território e, por isso mesmo, de desenvolvimento social e económico. Depois, pela própria existência de um mercado que tem ganho preponderância recentemente, em muito associado ao fenómeno do envelhecimento demográfico: o *turismo de saúde* (Pollock e Williams, 2000; Hall, 2003). Este conceito envolve, quer a procura de cuidados de saúde específicos (deslocação de pessoas para determinados territórios com oferta de serviços para tratamentos especializados), mais vulgarmente

⁷⁷ A proposta de lei que prevê a transposição da Diretiva 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9 de Março de 2011, para o contexto português foi já aprovada em Conselho de Ministros a 30 de Janeiro de 2014.

designado por *turismo médico*, quer a procura de uma melhoria do bem-estar físico e psicológico e da saúde em geral (deslocação de pessoas para determinados territórios com *resorts*, *spas*, termas ou certas amenidades singulares para a prática do exercício físico ou repouso), em certos casos verificando-se, inclusive, uma articulação entre estas distintas ofertas. Independentemente das razões que motivem a deslocação das pessoas, Pollock e Williams (2000) e Hall (2003) argumentam que é de esperar que a oferta turística em termos de alojamento e hotelaria se ajuste para acomodar esta procura de saúde, que apresenta um crescente nível de exigência de qualidade. Por isso mesmo, uma aposta neste mercado pode constituir uma mais-valia do ponto de vista do desenvolvimento social e económico, valorizando-se os recursos endógenos existentes nesses territórios. Sobre esta questão, importa referir o trabalho desenvolvido por Kunst e Tomljenovic (2011) para a Croácia, no qual apontam o conceito de turismo de saúde como uma forte aposta de desenvolvimento.

Com o fomento desta atividade pode procurar melhorar-se as qualificações dos residentes de determinados territórios ou atrair pessoal mais qualificado, promovendo a educação e a formação especializada na área da saúde, mas não só: a hotelaria e a restauração constituem outros bons exemplos. Mas esta é uma área que também requer o uso de tecnologia mais avançada, pelo que é igualmente importante o ganho de competências em termos de inovação tecnológica (Barbacena, 2010).

Associada a esta aposta no aumento de competências em termos de inovação tecnológica na área da saúde encontra-se uma outra área que tem crescentemente ganho importância, quer no meio académico, quer ao nível político: o *cluster da saúde*. Estimulada pelos conhecidos trabalhos de Porter (1990, 1998) sobre competitividade de empresas e regiões, mas também pelos estudos desenvolvidos em torno da ideia de *distritos industriais*, *meios inovadores* ou mesmo *sistemas regionais de inovação*, a importância da localização e das economias de aglomeração e a noção de *cluster* têm sido amplamente defendidos e difundidos em diversas instâncias. Aliás, uma comunicação recente da OCDE (2010) vem precisamente afirmar que estratégias promotoras de *clusters* encontram-se atualmente no centro da agenda política de desenvolvimento territorial. E, neste sentido, a ideia de *cluster* adquire preponderância porque, ao concentrar num determinado território atividades económicas sectorialmente especializadas, baixa os custos de transação, impele ganhos em economias de escala, desencadeia efeitos multiplicadores e promove a interação de diferentes agentes localizados na proximidade, tanto da esfera pública como privada.

Partindo destas premissas, o *cluster da saúde* tem constituído uma aposta recente de diversas políticas públicas, desenvolvendo processos de inovação e difusão de novas soluções tecnológicas e aglomerando uma malha compacta de instituições públicas e empresas das mais diversas áreas, mas

com forte interdependência. O estudo desenvolvido por Fernandes e Lima (2006) sobre o *Pólo Médico do Recife* espelha bem a natureza das organizações e das áreas que podem estar envolvidas num *cluster da saúde*: seguros de saúde, clínicas de diagnóstico, hospitais, serviços médicos de variadas especialidades, centros de informática para gestão de atividades de saúde, universidades e institutos de investigação científica e, ainda, serviços de formação profissional. As 17 parcerias entre inúmeras organizações criadas desde 2010 em diversos locais do Reino Unido em torno dos cuidados de saúde – *Health Innovation and Education Cluster* – vêm igualmente evidenciar esta diversidade, bem como a pertinência do tema do ponto de vista das políticas públicas. Em Portugal, esta questão tem igualmente sido abordada nesta última década. Por exemplo, um estudo desenvolvido pelo Departamento de Prospectiva e Planeamento (DPP, 2006) mostra como a aposta no *cluster da saúde* pode constituir um foco de atração de investimento (nomeadamente, estrangeiro), envolvendo as indústrias biomédicas (medicamentos, meios de diagnóstico, equipamento médico e consumíveis hospitalares), a eletrónica, as tecnologias de informação e comunicação e as tecnologias de materiais, tirando partido da forte investigação e do desenvolvimento que se verifica neste âmbito em Portugal. Por outro lado, é formalizado em 2008 o *Health Cluster Portugal – Associação do Pólo de Competitividade da Saúde*, constituído por dezenas de entidades, designadamente empresas (farmacêuticas, biotecnologia, dispositivo médico, TIC, meios auxiliares de diagnóstico, entre outras), universidades, hospitais e outras entidades públicas (Santos et al, 2010). Centrando-se particularmente no empreendedorismo e na procura de emprego qualificado, numa ótica de ligação ciência/mercado, esta *plataforma colaborativa* tem como objetivo final contribuir para a melhoria da prestação de cuidados de saúde. Assim, partindo da base de recursos materiais e cognitivos existentes, a ideia do *cluster* pode constituir-se como um mecanismo fomentador do diálogo institucional – promovendo uma cultura de relação e de cooperação ativa (*networking*) e o potencial de inovação – e, por isso, capaz de dotar os territórios de meios acrescidos de desenvolvimento económico e social.

Resumindo, na formulação de políticas públicas direcionadas para a questão da heterogeneidade territorial na saúde (em geral) e nos cuidados de saúde (em particular) importa olhar para o território, não só na tentativa de combater a existência de disparidades consideradas indesejáveis, mas também enquanto “*recurso fundamental para aumentar o leque de oportunidades de quem aí vive ou desenvolve a sua actividade, uma fonte de qualidade de vida e bem-estar para as pessoas e de conhecimento e bom desempenho para as organizações*” (Ferrão, 2003). No que respeita à problemática das disparidades territoriais, a delineação de políticas deverá envolver um conjunto de outros domínios de atuação para além dos descritos no ponto de partida analítico discutido na secção anterior, nomeadamente: o impacto para os utentes em termos de deslocação, a dimensão das redes sociais e económicas existentes ou o conhecimento e a informação presentes nas áreas menos desenvolvidas sobre questões relacionadas com a saúde, as consequências da localização de um determinado serviço de saúde no *sentido de pertença* da população de um

determinado local ou mesmo a importância de iniciativas associadas à promoção da saúde. Por isso mesmo, combater a marginalização no acesso aos cuidados de saúde de pessoas que habitem em territórios de baixa densidade pode envolver uma perspectiva de discriminação positiva, implicando a existência de serviços em áreas cuja procura (existente ou potencial) não alcance limiares mínimos de um ponto de vista estritamente económico-financeiro, desde que, manifestamente, se consiga salvaguardar uma dimensão mínima de cuidados e de profissionais que garanta uma adequada qualidade de serviço. A par deste tipo de intervenções, deve igualmente pensar-se em formas de mobilidade, em alguns casos complementares, em outras alternativas, seja ao nível das pessoas (e.g. fomento dos transportes coletivos), seja ao nível dos serviços (potenciando a prestação em unidades móveis), ou mesmo sem perspetivar a deslocação física, tirando-se partido do potencial das tecnologias de informação e comunicação. A adoção desta perspetiva (discriminação positiva) implica, simultaneamente, considerar a saúde de uma forma mais abrangente, não tão centrada na vertente curativa e prescritora, mas antes adotando uma perceção mais global dos determinantes de saúde. Por outro lado, a delineação de políticas públicas deve também considerar a saúde enquanto fator gerador de emprego e alavancador de desenvolvimento, com ligações a outras atividades. Neste sentido, convém frisar o papel crucial desempenhado por certos contextos territoriais como fonte coletiva de competitividade e desenvolvimento. E se a ideia de *cluster* da saúde geograficamente concentrado dificilmente se poderá aplicar a territórios económica e socialmente mais desfavorecidos, já a aposta em mercados como o turismo da saúde (no seu conceito mais amplo) pode mostrar-se exequível e positivo nestes contextos territoriais.

2.3.2. Dimensão organização territorial

Analisar a organização territorial dos cuidados de saúde à luz do princípio de coesão territorial pressupõe perceber quais as possíveis repercussões de um desenvolvimento urbano equilibrado e em rede (*desenvolvimento policêntrico*) e de uma integração territorial de proximidade (*nova parceria urbano/rural*) nestes serviços. Foi já mencionado na primeira parte da dissertação que o desenvolvimento policêntrico surgiu como uma aposta forte da UE, essencialmente no virar do século, para a organização do território Europeu, no sentido de se promover i) uma maior competitividade (valorizando os recursos endógenos nas cidades – os *nós das redes* – que, por sua vez, constituem locais privilegiados de interação e palcos essenciais de concentração de atividades e atores), ii) uma maior equidade no acesso a bens, serviços e equipamentos (com soluções territoriais e organizacionais de tipo sistémico, contribuindo para contrariar debilidades estruturais das áreas menos desenvolvidas) e iii) uma maior eficiência na oferta e distribuição desses serviços (promovendo uma boa inter-relação/conectividade sem multiplicar desnecessariamente os serviços e contrariando os problemas decorrentes das deseconomias de escala).

Por isso mesmo, a aposta num desenvolvimento policêntrico tem subjacente uma perspetiva morfológica (dimensão urbana) e funcional (redes, fluxos e cooperação) capaz de desenvolver “*relações de tipo horizontal propiciadoras da criação de laços de complementaridade entre funções*” exercidas em diferentes locais (Alves, 2009:138), não acompanhando estas de perto a dimensão de cada aglomerado e, portanto, distanciando-se da “*relação de tipo determinista entre dimensão demográfica e perfil de especialização funcional*” (Ferrão, 1997:17). Como argumenta Alves (2009), se é verdade que a dimensão de uma cidade era condição imprescindível para que as atividades económicas pudessem atingir patamares de rentabilidade adequados à sua continuidade no mercado (e, por isso, os serviços prestados em cada local tinham como mercado esse mesmo território e o envolvente), não é menos certo que, com o advento e o acentuar do fenómeno de globalização, a escala de produção dos serviços alterou-se e os mercados deixaram de ser necessariamente contíguos (e, por isso, a dimensão apresenta uma importância relativa menor).

Os fatores acima mencionados realçam a importância da aposta num desenvolvimento policêntrico enquanto modelo de organização territorial e lançam já algumas pistas para a observação do caso concreto dos serviços de saúde. Neste âmbito, a sua análise poderá ser efetuada numa dupla perspetiva: isolada, ou seja, numa *ótica sectorial* (que permite perceber o fenómeno do policentrismo associado aos cuidados de saúde *per se*), ou em conjunto, isto é, numa *ótica de integração de base territorial* (que permite perceber as inter-relações de diferentes locais de forma mais abrangente).

De acordo com a primeira perspetiva, aferir as vantagens e/ou desvantagens decorrentes da organização policêntrica dos serviços de saúde de uma forma estritamente sectorial implica, desde logo, compreender a distribuição territorial dos serviços de saúde. De uma forma geral, as estruturas dos sistemas de saúde tendem a ser hierárquicas, verificando-se uma segmentação vertical de serviços em que os níveis mais elevados apresentam as funções desse mesmo patamar e as dos inferiores (Shannon e Dever, 1974; Joseph e Phillips, 1984; Kalipeni, 1993; Onokerhoraye, 1999; Henderson e Taylor, 2003; Meade e Emch, 2010). Consequentemente, a população de um determinado local tem que se deslocar aos de nível hierárquico superior (de maior dimensão e em menor número) para ter acesso a serviços de saúde de especialização funcional mais elevada. Como referem Meade e Emch (2010:356): “*in health services (...) general practitioners and pediatricians should be widely dispersed, and every county hospital should be able to tend broken legs, heart attacks, and appendices gone bad. But to get a skilled brain surgeon or radiation and chemotherapy for cancer, one has to go to a higher order center*”. Por outras palavras, a distância que os utentes percorrem para aceder aos serviços constitui um fator de diferenciação entre os níveis de prestação de cuidados de saúde, em que a dimensão demográfica define as áreas de influência dos serviços e condiciona a existência dos cuidados hierarquizados funcionalmente.

O caso do sistema de saúde português constitui um bom exemplo desta questão. De acordo com as *Normas para a Programação e Caracterização de Equipamentos Colectivos* da DGOTDU (2002) – um referencial de programação e caracterização da rede de equipamentos de saúde em Portugal – as indicações são as seguintes: i) os hospitais centrais devem prestar cuidados de saúde altamente especializados no âmbito suprarregional, tendo em conta um limiar de população-base de 3.000.000 habitantes e prestando valências básicas (e.g. medicina interna, cirurgia geral, ginecologia, pediatria, ortopedia), diferenciadas (e.g. cardiologia, neurologia, fisioterapia), intermédias (e.g. oftalmologia, urologia, psiquiatria) e altamente diferenciadas (e.g. neurocirurgia e outros tipos de cirurgia, radioterapia); ii) os hospitais distritais devem prestar cuidados diferenciados no âmbito distrital para um limiar de população-base de 200.000 habitantes, localizando-se a uma irradiação correspondente a 1 hora de tempo de percurso e prestando valências básicas e algumas intermédias; iii) os centros de saúde devem prestar serviços preventivos, curativos, de reabilitação e promoção de saúde, programados para servir a população de um concelho (dependendo da dimensão deste), prestando valências diversas como cuidados médicos de base, saúde materna, saúde infantil, saúde ocupacional, entre outras.

Numa perspetiva mais operacional, esta questão relaciona-se, quer com a já referida dualidade *acessibilidade vs. economias de escala*, quer com a necessidade de garantir a existência de determinados requisitos mínimos para a prestação de cuidados (equipamentos e recursos humanos). Com efeito, os estudos existentes sobre o tema dos limiares mínimos mostram haver uma correlação positiva entre o volume de determinado tipo de intervenções e especialidades médicas e os resultados obtidos, pelo que a sua consideração é um fator preponderante para a qualidade dos cuidados de saúde. Os trabalhos desenvolvidos por Dudley et al (2000) e Halm et al (2002) vêm mostrar precisamente isto, com especial destaque para casos de tratamento de sida, intervenções cirúrgicas de tumores malignos, aneurismas e transplantes cardíacos. Na mesma linha de argumentação encontra-se o estudo desenvolvido por McLeod et al (2011), no qual se analisou a relação entre o número de crianças com gastroenterite aguda admitidas no hospital e a qualidade dos resultados alcançados, concluindo haver uma correlação entre estas dimensões. Em Portugal, informação com maior ou menor detalhe sobre os requisitos mínimos necessários para a prestação de cuidados de saúde específicos pode ser encontrada nos documentos referentes às Redes de Referência Hospitalar. Meramente a título exemplificativo, atente-se ao caso da Gastreenterologia, especialidade das doenças do aparelho digestivo. De acordo com a *Rede de Referência Hospitalar de Gastreenterologia* (2008), esta especialidade deve existir, ou nos Hospitais com urgência médico-cirúrgica, ou nos Hospitais com urgência polivalente. No primeiro caso, o Serviço/Unidade de Gastreenterologia deve assegurar, para além do internamento, a consulta externa, a unidade de técnicas e o apoio à urgência, com todo o número de profissionais de saúde que tal implica. Por exemplo, o número de gastreenterologistas de um serviço tem de ser adequado à população que

serve e ao seu grau de diferenciação, devendo ser 3 o número mínimo de especialistas. Desta forma, no documento é considerado o rácio de 1 gastroenterologista para 30/40 mil habitantes. Como princípios organizativos é igualmente considerado o seguinte desempenho: 10 a 15 exames de endoscopia alta por período de 4 horas, 6 exames de colonoscopia por período de 4 horas, 24 consultas /4+4 horas por gabinete médico, só para citar alguns exemplos. No segundo caso, os Hospitais terão ainda mais valências que aqueles com urgência médico-cirúrgica, pelo que o número de médicos será de 8 a 12 para uma área de influência superior a 300.000 habitantes, estando aptos a receber pacientes referenciados, quer por motivos patológicos, quer para a realização de técnicas mais diferenciadas.

Mas importa aqui adicionar um outro fator: o facto de as estruturas dos sistemas de saúde estarem, de uma forma geral, organizadas hierarquicamente com um sistema referencial de distribuição de utentes, em que estes entram no sistema em cuidados de primeiro contacto (*gatekeepers*), sendo posteriormente reencaminhados para os cuidados de nível mais elevado e especializado (Galvão et al, 2006; Mestre et al, 2012). Portanto, ao binómio dispersão-concentração do ponto de vista da localização e prestação de serviços de saúde importa acrescentar a noção de rede, seja ao nível do fluxo potencial de pacientes, seja por intermédio da interação dos diferentes prestadores. Neste contexto, importa mencionar o trabalho desenvolvido por Mestre et al (2012), no qual aplicam, para uma região de Portugal, um modelo hierárquico multisserviço para aferir a localização e reorganização de unidades hospitalares visando a obtenção de ganhos de acessibilidade geográfica em três serviços: internamento, consulta externa e urgência hospitalar. A maximização da acessibilidade é conseguida através da minimização da distância (medida pelo tempo de acesso) percorrida pelos utentes para aceder a todos os serviços da rede hospitalar. São considerados dois níveis de serviços hospitalares: os de nível superior, que simbolizam os hospitais mais diferenciados (hospitais centrais), e os de nível inferior, que simbolizam os hospitais de nível inferior (hospitais distritais) e que prestam serviços de maior proximidade às populações. No modelo são consideradas ainda requisitos mínimos e máximos para a prestação de alguns serviços hospitalares, de forma a percecionarmos indiretamente questões de custo-eficiência da prestação de cuidados. A título de exemplo, a capacidade mínima considerada foi de 150 camas para os hospitais de nível inferior e de 300 camas para os de nível superior, o número mínimo de habitantes na área de influência de um hospital de nível inferior foi de 15.000, ao passo que para um hospital de nível superior o número mínimo considerado foi de 50.000. No final, os autores apresentam possíveis modos de intervenção para três cenários previamente definidos (impondo, por exemplo, limites máximos de 60 minutos de deslocação ou fixando o número de camas), tendo sempre como ponto de partida a situação atual, deixando assim pistas para a respetiva Administração Regional de Saúde equacionar a reorganização da rede num futuro próximo. Independentemente dos resultados a que chegam, a relevância do estudo para esta discussão reside essencialmente no facto de dever ser considerada, numa análise equidade/eficiência, a natureza multisserviço da atividade hospitalar, tendo

em conta a interação dos diferentes serviços e níveis hospitalares, o fluxo potencial de pacientes e os custos associados.

Mas a noção de rede através da interação dos diferentes prestadores de cuidados de saúde pode ser considerada ainda numa perspetiva mais ampla, incluindo, quer o desenvolvimento de sinergias (cooperação entre serviços de saúde com perfis funcionais idênticos para obtenção de economias de escala e troca de experiências numa ótica de qualificação e aprofundamento de especializações), quer o estabelecimento de complementaridades (cooperação entre serviços de saúde com perfis complementares de especialização funcional para obtenção de economias de escala e de gama numa ótica de diversificação de especializações). Portanto, na estrutura de uma rede de diferentes prestadores de cuidados de saúde no território, importa perceber como é efetuada a conectividade dos serviços (isto é, dos *nós* da rede), considerada em termos da intensidade de relações, indicando o nível de influência desses *nós*. Podendo a interação ser unidirecional (relação dependente) ou bidirecional (relação recíproca), a ideia subjacente ao conceito de rede policêntrica reside essencialmente na lógica da relação recíproca entre os diferentes prestadores de cuidados num determinado território para o estabelecimento de sinergias e/ou complementaridades.

Sublinhe-se que poucos têm sido os estudos que se têm debruçado sobre esta questão, ou seja, de relacionar a oferta de cuidados de saúde com a organização territorial e aferir se é possível encontrar/promover um modelo mais policêntrico. Neste âmbito, interessa apontar o trabalho desenvolvido por Meijers (2007) para o sector da saúde na Holanda. Num ambiente competitivo, em que os hospitais atuam essencialmente numa ótica privada, coube ao *mercado* decidir o encerramento, fusão/concentração ou dispersão dos serviços prestados. Foi neste contexto que começaram a surgir inúmeras fusões hospitalares desde a década de 1990 que, segundo o autor, poderiam originar modelos diferentes de localização das instituições, desde a concentração dos cuidados numa única instituição (lógica de concentração tipo *monocêntrica*) à reorganização dos cuidados em diferentes localizações desenvolvendo redes de complementaridade e especialização funcional (lógica mais *policêntrica* ou, nas palavras do autor, *network model*). Como resultado da análise que efetua, o autor conclui que a maioria dos hospitais tem enveredado pela lógica policêntrica, criando redes colaborativas complementares⁷⁸. Com um objetivo semelhante, mas desta feita para a Bélgica, Trotta (2009) indagou se a tendência verificada nos últimos 20 anos de fusão hospitalar na procura de maior eficiência teve repercussões do ponto de vista territorial, isto é, se promoveu a concentração (e, por isso mesmo, reforçou a, então

⁷⁸ É interessante verificar que esta aposta num modelo de prestação de serviços de saúde em rede na Holanda estabelece-se mesmo em ambiente de oferta de cuidados privados, o que poderia, à partida, considerar-se menos provável numa estrita lógica de procura de eficiência económica. Aliás, os estudos desenvolvidos por Mohan (1988; 1991) para o Reino Unido mostram como a privatização dos cuidados de saúde tende a centralizar e concentrar ainda mais a oferta de cuidados nos grandes centros urbanos.

existente, relação com a dimensão urbana) ou, pelo contrário, se apontou para um novo modelo organizacional em rede. Relacionando o número de camas (indicador que, segundo o autor, tradicionalmente traduz a importância hierárquica de um centro) com a diversidade de oferta de serviços (não só de saúde, mas de outra natureza, indicador que igualmente pode traduzir a importância hierárquica de um centro), o autor conclui que, para determinadas especialidades médicas, a fusão hospitalar proporcionou a criação de redes entre diferentes serviços de saúde (em parte devido ao fenómeno do envelhecimento demográfico). No que respeita ao caso concreto de especialidades médicas, interessa, por fim, apontar o trabalho desenvolvido por Boureille et al (2003) sobre os cuidados oncológicos em Rhône-Alpes, França. Começando por sublinhar que no final da década de 1990 foi redefinida, naquele país, a metodologia de planificação de cuidados de saúde em geral – em alguns casos, resultando na fusão e no encerramento de hospitais, mas, em outros, favorecendo a oferta de cuidados em rede (Fleuret, 2003) –, os autores tentam analisar os efeitos territoriais da introdução de uma rede de cuidados oncológicos. Através da análise de uma extensa base de dados com o fluxo de utentes, os autores verificam uma transição de um sistema centralizado para um sistema tipo mosaico, de competências diversas articuladas e coordenadas, resultando numa maior eficiência económica dos cuidados e uma melhor acessibilidade aos cuidados terapêuticos mais adequados.

É certo que os exemplos apontados mostram que é já possível encontrar situações em que podem advir vantagens da adoção de um modelo mais policêntrico na oferta de cuidados de saúde, capaz de fomentar, não só uma estruturação dos cuidados em rede, mas também uma desconcentração dos serviços pelo território⁷⁹. Mas também é verdade que as altas densidades demográficas que se verificam, por exemplo, na Holanda e na Bélgica e a própria organização da sua rede viária certamente favorecem tal ocorrência.

Por outro lado, embora a existência de um modelo policêntrico promova uma estrutura de serviços em rede e a conectividade dos respetivos nós, ela não impede, numa ótica estritamente sectorial, a existência de um sistema hierárquico de oferta de serviços, com determinados nós a prestarem cuidados de saúde mais especializados (e, por isso, com uma maior área de influência) e outros mais generalistas e de menor dimensão mais distribuídos pelo território. Requer, antes, que sejam criadas as condições necessárias para o desenvolvimento das já mencionadas interações bidirecionais por razões

⁷⁹ Embora a bibliografia seja parca no que se refere ao estudo das consequências da adoção de um modelo mais policêntrico na oferta de determinados serviços, é possível encontrar também algumas exceções para outras áreas de intervenção. A título de exemplo, refira-se o trabalho apresentado por Ostrom (2009) que, ao defender uma abordagem mais policêntrica para lidar com determinadas questões de política pública, apresenta os resultados de um estudo prévio feito às forças policiais dos EUA, mostrando como a distribuição da polícia por pequenos/médios departamentos atinge resultados superiores (quer em termos de resposta policial, quer em termos de custos) quando comparada com a organização policial por grandes unidades.

de eficiência e equidade. Importa aqui fazer menção ao trabalho que o *Department of Health* do Reino Unido (2006) tem vindo a desenvolver neste âmbito, procurando redesenhar o sistema de prestação de cuidados de saúde numa lógica em rede e mais próxima do cidadão (*care closer to home*). De acordo com o documento *Our health, our care, our say: a new direction for community services* (*Department of Health*, 2006), a adoção desta lógica implica que a interação dos diferentes prestadores de cuidados seja efetuada o mais coordenada e rapidamente possível, especialmente no que respeita à referenciação e deslocação dos utentes. Para tal, é necessário que os serviços de saúde mais próximos do cidadão estejam equipados com meios de diagnóstico específicos e profissionais de saúde com formação complementar em determinadas especialidades (e.g. médicos de clínica geral com formação adicional numa outra especialidade médica) para mais rapidamente se efetuarem os diagnósticos, as respetivas triagens (referenciando os utentes, se tal fosse mesmo necessário, para os hospitais centrais e mais especializados) e os tratamentos adequados. Os casos de Stockport (para vasectomias), Exeter (para otorrinolaringologia) e Somerset (para urologia) são apontados como bons exemplos de redução do número de pacientes em listas de espera para consultas de especialidade, obtenção de melhores resultados clínicos e diminuição de deslocações desnecessárias por parte dos utentes.

Apesar de tudo, os serviços de saúde não devem ser observados numa simples ótica sectorial, isolada, mas antes considerados numa visão mais ampla e integrada do território, ponderando-se as diversas componentes necessárias para melhorar, quer as condições de qualidade de vida das populações, quer os próprios fatores de competitividade dos locais. Tal implica reconhecer a complexidade inerente à saúde e aos cuidados de saúde (consultar, a título de exemplo, Curtis e Riva, 2009a; b; Baxter, 2010; Milligan e Wiles, 2010) e interligar estas questões com outras, como a educação, a cultura, a economia e o emprego, a habitação, os transportes e o ambiente, só para citar alguns exemplos. Por conseguinte, a oferta de serviços de saúde deve estar associada ao modelo territorial definido para o sistema urbano. Se, pelas razões já apontadas, o modelo procurar promover um desenvolvimento policêntrico, deve adotar-se esse referencial para a conformação das políticas de saúde em consonância com as outras políticas sectoriais e as de base territorial. Mas mesmo havendo uma solução definida *a priori* tal implica que os vários agentes têm de dialogar entre si⁸⁰ para garantir a compatibilização e otimização da organização das redes de equipamentos e serviços públicos com a configuração do território, funcionando estes, não só como *nós* articuladores à escala local e supralocal, mas também como motores de desenvolvimento social e económico. Está-se perante o que Amin (2004:38) refere como sendo “*intense everyday negotiations (...) among those who share a given regional space*”, envolvendo políticas de proximidade (*politics of propinquity*) e de conectividade (*politics of connectivity*), que permitem a interligação local e distante de fluxos intensos de pessoas, bens e informação e que, por isso mesmo, devem ser

⁸⁰ Esta questão está especialmente relacionada com a dimensão da Governança Territorial, que será abordada com maior detalhe no próximo subcapítulo.

consideradas de forma conjunta (Jóhannesson e Bærenholdt, 2008). Adotando-se esta visão global e integrada, os *nós* ganham em economias de aglomeração – partilhando recursos e diminuindo os custos de transação (Henderson et al, 2000) –, tornam-se mais competitivos, especializam-se em determinadas áreas de atuação (conteúdo tendencialmente funcional) e criam melhores condições para o estabelecimento de sinergias e complementaridades com outros *nós* (locais e globais) e respetivas especializações.

É verdade que a ênfase que aqui se está a dar incide mais numa escala supralocal, numa ótica de formulação de políticas para o modelo de organização territorial. Apesar de tudo, importa referir que já é possível encontrar alguns exemplos na prestação de serviços em que a interligação dos diversos sectores se verifica, ainda que à escala local e numa ótica de partilha do espaço físico, e que se relaciona com a distribuição dos serviços públicos numa lógica de *one-stop-shopping*. Neste âmbito, importa mencionar o estudo desenvolvido por Carvalho (2008) sobre a qualidade do serviço público e o relacionamento que se desenvolve entre o cidadão e a entidade pública numa lógica de prestação multisserviço. Incidindo sobre o caso específico da *loja do cidadão* – um canal de distribuição do serviço público com crescente importância no quotidiano das populações dos centros urbanos –, a autora refere que a análise do valor do serviço público para a sociedade tornou clara a pertinência do modelo de distribuição física concentrada dos serviços públicos numa lógica de complementaridade em relação aos demais canais de distribuição. Na mesma linha de raciocínio em que se apontam ganhos em economias de gama especialmente do lado da procura, encontra-se a ideia de *co-location* apresentada pelo *Department of Health* do Reino Unido (2006:146): “*Central to this is the need for seamless joint delivery for the user of services. (...) We want to see greater integration, not only between the NHS and social care services, but also between other statutory agencies and services as well as the community and voluntary sectors. (...) Our vision is that people who access health and social care services should also be able to easily access other services such as benefits and employment advice – all from the same place*”. Na já referida publicação, o caso de *Bromley-by-Bow centre* em Tower Hamlets é mencionado como um bom exemplo de integração de serviços num mesmo espaço físico, incluindo cuidados médicos, nutrição, atividade física, entre outros, e funcionando inclusive como espaço de encontro e convívio: “*The centre’s a really happy place; there are always people laughing and it’s a great place to socialise*” (nas palavras de uma das utentes entrevistadas).

Mas para que as sinergias e complementaridades entre (*o supra local*) e dentro (*o local*) dos *nós* se estabeleçam e funcionem é necessário que os próprios elos de ligação permitam uma boa circulação de, por exemplo, pessoas, bens, serviços, capitais, informação e imagens. É por isso que as redes de transporte e de comunicação (desde cedo consideradas importantes fatores de localização das atividades produtivas e causa de crescimento dos aglomerados urbanos, encontrando-se a cadeia de relações sociais refletida na sua contiguidade) e, desde a década de 1990, as TIC desempenham um

papel preponderante no desenvolvimento de um sistema policêntrico e equilibrado como mecanismo organizador do território (Santinha e Castro, 2008). Porém, se é certo que a capacidade de aceder e usufruir de uma boa rede de transportes e de TIC tem vindo a aumentar, especialmente nos aglomerados urbanos de maior dimensão, não é menos verdade que ainda se denota uma clara dicotomia urbano/rural nesta questão (Henderson e Taylor, 2003; Santinha et al, 2006). São fatores que vão ao encontro das já referidas debilidades que caracterizam os espaços mais rurais e menos desenvolvidos. Foi, aliás, neste contexto que, no capítulo em que as três dimensões associadas ao conceito de coesão territorial foram descritas, se sublinhou a importância de se promoverem relações de proximidade entre as áreas rurais e os aglomerados urbanos, ou seja, uma *nova parceria urbano/rural*.

É certo que ambas as áreas diferem a vários níveis, seja do ponto de vista populacional (valores absolutos e densidade), seja ao nível da economia (quer em número, quer no tipo de atividades), seja ainda no comportamento social (na forma como vivem, agem e comunicam) (Leuween, 2010). Também é verdade que as áreas urbanas e rurais enfrentam desafios de diferente natureza: de uma forma geral, nas primeiras verifica-se um aumento populacional com consequências ao nível do tráfego rodoviário (congestão), do ambiente e dos recursos naturais e de qualidade de vida (Leuween, 2010), enquanto nas segundas observa-se um decréscimo e envelhecimento populacional, baixos níveis de literacia, rendimento e oferta de serviços de interesse geral (OCDE, 2011a). No entanto, é cada vez mais reconhecido nas mais diversas instâncias⁸¹ que estas áreas não devem ser consideradas como *entidades* distintas, pelo que ao dualismo tradicional urbano/rural ao nível da organização territorial e da formulação de políticas públicas devem encetar-se esforços para o desenvolvimento de sinergias funcionais entre espaços rurais e aglomerados urbanos de proximidade, podendo a ação coletiva constituir um meio alavancador social e económico do território onde se inserem.

Por outro lado, é preciso ter presente que o desenvolvimento destas sinergias pode ser bastante heterogéneo, quer em termos da natureza das relações, quer no que respeita aos efeitos daí resultantes. Motivada por esta heterogeneidade, a OCDE (2010) publicou recentemente um trabalho no qual avança com um modelo analítico que diferencia basicamente três contextos territoriais de articulação entre o urbano e o rural: as áreas metropolitanas (em muito associadas ao fenómeno de expansão urbana), as cidades de média dimensão (associadas à especialização funcional, mas em que a distinção entre as áreas urbanas e as rurais não é assim tão clara) e as áreas globalmente menos desenvolvidas (com cidades de pequena dimensão com fortes interdependências com as áreas rurais, designadamente ao nível dos recursos naturais). Por isso mesmo, considerar uma *nova parceria urbano/rural* implica adotar uma visão mais global do território e atender às relações sociais e económicas aí presentes de forma a

⁸¹ A título de exemplo, refiram-se as diversas publicações que têm sido produzidas no âmbito da OCDE e do programa ESPON.

perceber a abrangência e a natureza dessas redes, seja ao nível dos serviços (habitantes das áreas rurais que utilizam certos serviços das áreas urbanas e vice-versa), dos bens (produtos rurais procurados pelos habitantes das áreas urbanas e vice-versa), dos recursos financeiros e das infraestruturas que ligam os dois tipos de áreas (redes viárias, TIC ou ainda outros tipo de redes) (OCDE, 2011b).

A adoção desta visão mais global do território – em vez de centrada só na cidade, só no campo ou somente numa única cidade e na sua proximidade rural – pode constituir uma forma de gerir melhor as interdependências entre as áreas urbanas e as áreas rurais (OCDE, 2011b). É tendo por base este pressuposto que diversos autores têm defendido uma abordagem baseada na definição de regiões funcionais (OCDE, 2002:3): *“a territorial unit resulting from the organisation of social and economic relations in that its boundaries do not reflect geographical particularities or historical events. It is thus a functional sub-division of territories”*. Uma das características subjacentes a esta ideia reside na forma como as áreas urbanas e rurais e os respetivos agentes e instituições integram essas regiões funcionais, de forma colaborativa e por intermédio da construção de uma visão estratégica conjunta (OCDE, 2011a; b)⁸². É já possível encontrar casos onde parcerias têm sido fomentadas nesta ótica. O trabalho publicado pela OCDE (2011) é paradigmático neste âmbito, mostrando como, em vários países, os agentes locais têm encetado esforços em definir ações coletivas que, tudo aponta, podem promover o reforço das relações urbano/rural e, conseqüentemente, contribuir para o desenvolvimento social e económico das regiões.

No que respeita ao caso concreto dos serviços de saúde, o reforço da relação urbano/rural tem-se revelado uma questão crescentemente fundamental, quer para promover uma maior equidade de acesso aos cuidados de saúde, quer para diminuir os custos inerentes à existência de determinados serviços de saúde em locais com pouca procura. E aqui a bibliografia existente sobre a temática aponta numa dupla perspetiva: i) por um lado, realçando as vantagens decorrentes de preservar ou mesmo abrir serviços de saúde (em geral) e práticas cirúrgicas ou especialidades médicas (em particular) em meios rurais (consultar, por exemplo, Stensland et al, 2002; Doty et al, 2007) que, em articulação estreita com as áreas urbanas (ao nível de partilha de recursos humanos e de especialidades), aumentam os limiares de população servida, promovem a prática clínica e a troca de experiências (Christianson et al, 1998); ii) por outro lado, sublinhando a necessidade de garantir que as populações residentes em meios rurais possam, através de uma boa rede de transportes, do uso de TIC ou via prestação de serviços em regime itinerante, ter acesso aos serviços de saúde prestados em meios urbanos, na medida em que a sustentabilidade económica de determinados cuidados de saúde em áreas rurais revela-se

⁸² Esta questão está especialmente relacionada com a dimensão da Governança Territorial que será abordada com maior detalhe no próximo subcapítulo.

difícil de justificar (Henderson e Taylor, 2003), circunstância agravada em contexto de procura de diminuição de despesas na saúde.

Portanto, o debate em torno dos cuidados de saúde em meios rurais tem incidido essencialmente sobre quais os cuidados de saúde que devem ser prestados em meios rurais, visando essencialmente uma ótica sectorial e traduzindo-se em dois diferentes tipos de intervenção: aumento da oferta de serviços vs. prestação somente de serviços considerados essenciais para a população local. Sobre esta questão, importa recordar o que Ormond et al (2000:3) referem: *“while a limited-service model may be the most efficient approach to health services delivery from a regional perspective, viewed from the local perspective the hospital fills more roles than just provider of health care, and many communities are reluctant to see any diminution in the hospital’s function or stature”*. Esta discussão vai ao encontro da previamente referida visão mais ampla associada à oferta de cuidados de saúde em meios rurais, aqui realçada, quer por uma questão de maior proximidade aos serviços (fator ainda mais premente para determinadas populações, como sejam os idosos), quer enquanto sector importante para a economia e desenvolvimento local, com diversos efeitos multiplicadores nas comunidades locais.

Apesar de tudo, importa lembrar os diversos desafios que se colocam à prestação destes serviços em meios rurais que importa ultrapassar para que se possa caminhar no sentido de uma *nova parceria urbano/rural* no que respeita ao domínio dos cuidados de saúde (Ormond et al, 2000):

- A relação entre a densidade populacional e o volume de serviços necessário para justificar a presença e a operacionalidade de determinados serviços de saúde;
- O reduzido volume, para além de poder implicar custos médios mais elevados, pode induzir por parte dos utentes uma perceção de baixa qualidade dos serviços prestados, conduzindo-os a deslocarem-se para equipamentos mais distantes (o que, por sua vez, agudiza o problema do volume);
- A distância aos serviços de saúde em meios rurais é, regra geral, superior (assim como a resposta de emergência médica), facto agravado pela deficiente oferta de transportes públicos aí existentes;
- A existência de uma maior concentração relativa de idosos, que por sua vez apresentam maiores dificuldades do ponto de vista da mobilidade, agravando por isso o fator distância aos cuidados;
- Os visíveis baixos níveis de literacia e de acesso aos meios de comunicação, com consequência ao nível dos cuidados de saúde preventivos.

Pelas razões apontadas, a presença de serviços de saúde em meios rurais deve ser perspectivada numa ótica social e económica mais abrangente, isto é, para além da questão do acesso aos cuidados de saúde. Tal significa estar ciente dos constrangimentos que estes territórios apresentam, direta e indiretamente relacionados com a saúde, como sejam a educação, a cultura, os transportes ou mesmo o

perfil demográfico e económico existente. Como tal, as intervenções devem ser perspectivadas, não só numa ótica integrada de articulação de sectores e serviços, mas também a uma escala supra local, por forma a verificar como a prestação de serviços em meios rurais pode criar sinergias com as áreas urbanas e, por isso mesmo, tornar-se mais equitativa e eficiente.

2.3.3. Dimensão governança territorial

A noção de governança não é nova e a discussão tem sido ampla, quer no meio político, quer na arena académica, como se constatou na primeira parte da dissertação. De uma forma geral, esta dimensão está aliada à ideia de uma articulação mais eficiente, quer entre diferentes níveis de administração (governança multinível /coordenação vertical), em que o contexto territorial local assume uma preponderância crescente, quer entre entidades/atores do mesmo nível (cooperação/coordenação horizontal entre diversos agentes) na procura de uma visão partilhada sobre um mesmo território (e daí adotar-se a designação *governança territorial*). Pressupõe, igualmente, abordagens articuladas e integradas das várias dimensões sectoriais, ou seja, subentende a procura de coerência de políticas, também estas baseadas numa visão partilhada territorialmente. Relembrando Davoudi et al (2008:352), “*territorial governance is the condicio sine qua non to guarantee more balanced development across Europe and to achieve territorial cohesion*”.

À semelhança de outras áreas de intervenção, também no que respeita aos cuidados de saúde a temática da governança tem sido alvo de debate. E se até à década de 1980 as políticas de saúde eram, na generalidade, marcadas por centralização decisória por parte das administrações centrais, desde então que se tem vindo a verificar ao nível do discurso uma mudança sobre um maior envolvimento de outros níveis de decisão (descentralização) e de outros atores, com especial ênfase na transição do século. Embora na Declaração de Alma Ata, em 1978, e no relatório publicado no ano seguinte, *Health for All by the Year 2000*, já seja visível a defesa de uma visão mais abrangente das políticas de saúde (no duplo ponto de vista concetual e institucional), os trabalhos desenvolvidos no âmbito da OMS na transição do século têm sido perentórios em apontar sistematicamente a importância da ideia de *governança* para a eficiência e a equidade dos serviços prestados. Por exemplo, no relatório *Health systems: Improving performance* (OMS, 2000:122) é referido que “*an explicit health policy (...) outlines priorities and the expected roles of different groups. It builds consensus and informs people, and in doing so fulfils an important role of governance*”. Mais perto do final da década, é publicado um artigo pela OMS (2009:2150) no qual se realça a importância da governança e a sua complexidade – “*Governance is arguably the most complex but crucial function of any health system*” –, aspeto uma vez mais referido no relatório do ano seguinte e no qual se associa a boa governança ao sucesso de políticas que procurem uma maior equidade e eficiência – “*Effective governance is the key to improving efficiency and equity*” (OMS, 2010c:60). Ao realçar na agenda

política da saúde a dimensão *governança*, a OMS faz sobressair igualmente o papel do Estado neste processo, chamando a atenção para a sua *obrigação* em promover o bem comum (*stewardship*). Assume-se, portanto, que *os governos são os últimos responsáveis pelo bem-estar dos cidadãos* (Filipe et al, 2004).

Contudo, apesar do discurso global apontar para a importância das questões de governança nos serviços de saúde (consultar, por exemplo, Kaufman et al, 2005; Siddiqi et al, 2009; Dieleman et al, 2011), a bibliografia não é suficientemente esclarecedora⁸³, sendo o debate direcionado em particular para as dicotomias *papel do Estado vs. mercado*, *centralização vs. descentralização de serviços*, *reformas na saúde vs. direitos humanos* ou mesmo *corrupção vs. transparência*. Mesmo assim, e de uma forma geral, o conceito inclui a forma de atuação das instituições tendo por base as regras formais e informais estabelecidas (que, por sua vez, moldam comportamentos) para desempenhar as funções do respetivo sistema de saúde (Dodgson et al, 2002; Filipe et al, 2004; Siddiqi et al, 2009). Inclui, por isso mesmo, preocupações diversas, como sejam a legislação, a participação, a transparência, o financiamento ou mesmo a qualidade dos cuidados, com o intuito de “*transformar a formulação/implementação das políticas de saúde num amplo conjunto de “conversações construtivas”, baseadas em valores e conhecimento e veiculadas por dispositivos organizacionais e sociais que as promovem e facilitam*” (Sakellarides et al, 2005).

Pela sua abrangência e clareza de argumentação, importa aqui mencionar o estudo desenvolvido por Siddiqi et al (2009). Partindo essencialmente de trabalhos elaborados por diversas entidades (OMS, ONU e Banco Mundial), os autores apresentam uma listagem com um conjunto de critérios para aferir a governança de sistemas de saúde, tanto do ponto de vista da formulação como da implementação de políticas públicas⁸⁴. Na próxima figura encontram-se elencados os principais pontos apresentados nos estudo.

Fig. 4: Critérios para aferir a governança de sistemas de saúde

Critério	Questões gerais
Visão estratégica de longo prazo	Qual a importância da saúde nas políticas governamentais? Qual o papel do Estado na prestação de cuidados de saúde? Estão os mecanismos de implementação alinhados com os objetivos da política de saúde?
Participação e consenso	Como são definidas as orientações de política na saúde: a diferentes escalas (aferir o nível de articulação e descentralização, da nacional à local) e entre diferentes atores (aferir a relação Estado/Mercado/ Sociedade Civil, bem como

⁸³ Refira-se que a falta de consenso na definição e abrangência do conceito é comum a diversas outras áreas de intervenção. Sobre esta questão, Ruhanen et al (2010) fazem uma recolha de 53 publicações sobre este tema, identificando 40 dimensões analíticas distintas.

⁸⁴ Saliente-se que, posteriormente, Kirigia e Kirigia (2011) apresentam um trabalho semelhante em que consideram praticamente os mesmos critérios, acrescentando-lhes porém um fator de medição, isto é, um *índice de governança*, o que, na ótica dos autores, permite comparar espacialmente e temporalmente sistemas de saúde diferentes.

	<p>articulação interministerial)?</p> <p>Como é solicitada a participação de outros agentes?</p> <p>Como são estabelecidos consensos entre os diferentes atores?</p>
Legislação	<p>Como e por quem é apresentada legislação com impacto na saúde e nos cuidados?</p> <p>Como é a legislação posta em prática nos procedimentos?</p> <p>Que procedimentos existem para lidar com questões de injustiça?</p>
Transparência	<p>Está a informação sobre o financiamento e os procedimentos administrativos disponível?</p> <p>Que mecanismos de monitorização existem para assegurar a transparência dos processos de decisão e afetação de recursos?</p> <p>Quem está envolvido nos processos de monitorização?</p>
Capacidade de resposta às necessidades	<p>É efetuada uma avaliação de necessidades de saúde às populações? É um mecanismo que faz parte dos processos de tomada de decisão?</p> <p>Qual a importância que o Ministério de Saúde atribui à qualidade dos serviços e à satisfação dos utentes?</p> <p>Como é que o sistema de saúde responde às prioridades regionais e locais?</p>
Equidade no acesso e no financiamento	<p>Quais as diferenças no acesso a cuidados do ponto de vista do rendimento, género e local de residência?</p> <p>Quais as políticas em curso para lidar com questões de equidade na prestação de cuidados?</p> <p>Como é feita a afetação de recursos do ponto de vista espacial?</p>
Eficiência na qualidade de recursos humanos e nos processos de comunicação	<p>Como são feitos os processos de comunicação dentro do sistema de saúde?</p> <p>Como é feita a atualização de competências dos recursos humanos no sistema de saúde?</p>
Responsabilidade	<p>Qual o papel dos <i>media</i>, dos membros eleitos e do sistema judicial?</p> <p>Que mecanismos de inspeção existem para a aferição do cumprimento de regras administrativas e de financiamento?</p> <p>Que factos existem que evidenciem o cumprimento efetivo da atribuição de responsabilidades?</p>
Informação	<p>Que tipo de informação está disponível sobre o sistema de saúde e o quão acessível é?</p> <p>Qual o tipo de informação (e como é) usada nos processos de tomada de decisão?</p> <p>Como é gerada (e por quem) a informação relevante sobre saúde?</p>
Ética	<p>Que princípios de bioética estão incluídos nas políticas de saúde?</p> <p>Que políticas específicas de promoção de ética nos cuidados e na investigação em saúde existem?</p>

Fonte: Elaboração própria a partir de Siddiqi et al (2009)

Não obstante a natureza dos critérios incluídos nesta listagem ser diversa e abrangente e de haver flexibilidade para incluir questões adicionais, convém fazer referência a duas temáticas relevantes e com papel crescentemente reconhecido na bibliografia que ficaram ausentes da análise: a governança da saúde global (*global health governance*) e a governança clínica (*clinical governance*). A primeira temática tem sido amplamente difundida pela OMS e realça as preocupações associadas com o fenómeno da

globalização, salientando o facto de muitas decisões no âmbito de políticas da saúde não poderem ser formuladas no âmbito de cada estado-nação, mas *olhando além-fronteiras*. Sobre esta questão, Dodgson et al (2002:5) afirmam que *“in today’s world of changing health risks and opportunities, the capacity to influence health determinants, status and outcomes cannot be assured through national actions alone because of the intensification of crossborder and transborder flows of people, goods and services, and ideas. The need for more effective collective action by governments, business and civil society to better manage these risks and opportunities is leading us to reassess the rules and institutions that govern health policy and practice at the subnational, national, regional and global levels”*. Já a segunda temática, disseminada em particular por autores como Scally e Donaldson (1998) e Elcoat (2000), surge na sequência das reformas encetadas no final da década de 90 no sistema de saúde inglês com o intuito de se melhorar a qualidade clínica e começar a promover uma abordagem colaborativa baseada na criação de parcerias entre utentes e prestadores de cuidados e mesmo entre estes últimos. No contexto deste conceito surgem associadas três ideias que importa reter: i) a importância de se desenvolverem *instituições com memória* (Squire, 2001; Pratt et al, 2002), ou seja, instituições que sejam capazes de aprender com as boas e, especialmente, as más práticas; ii) a necessidade de perceber e, inclusive, utilizar a experiência dos utentes nos cuidados de saúde para melhorar o desempenho dos serviços, pelo que o fomento da sua participação ativa nos processos de tomada de decisão com vista à criação de consensos e compromissos é fundamental (O’Neill, 2000); iii) a relevância de definir formas de comunicação entre os próprios profissionais de saúde e de forma multidirecional, isto é, longitudinal às diversas estruturas institucionais, reconhecendo-se assim o contributo de todos os membros das equipas de saúde para a qualidade dos cuidados (O’Neill, 2001).

Curiosamente, a ideia de governança clínica apresenta traços comuns com um outro conceito usado também no domínio dos cuidados de saúde – governança partilhada (*shared governance*) –, sendo que as suas raízes são distintas. Surgindo nos EUA em meados da década de 80 e lançado para debate por Porter-O’Grady e Finnigan (1984) como forma de valorizar o papel dos enfermeiros nos processos de tomada de decisão nos serviços de saúde, este conceito foi posteriormente utilizado de uma forma mais abrangente, alegando a necessidade dos profissionais de saúde se articularem, não só entre eles, mas também com os gestores hospitalares e com os utentes nos processos de tomada de decisão (Porter-O’Grady et al, 1997).

Da referência a estas temáticas adicionais importa reter duas ideias. Por um lado, a necessidade de estabelecer uma ponte efetiva com o mundo exterior e, assim, considerar o fomento de uma cooperação mais estreita com outras regiões e com instituições de carácter global (não só promovendo intervenções de natureza conjunta e ampla para prevenção e resolução de problemas globais, mas também representando um novo impulso de integração em redes de relacionamento mais vastas). Por outro lado, a importância de promover elos de ligação e de comunicação bidirecional entre os diversos

profissionais de saúde e entre estes e os utentes e os gestores hospitalares para melhorar a qualidade e a eficiência dos cuidados prestados. Esta última questão, aliás, tem sido palco de discussão no seio da CE sob o chapéu de *cidadania em saúde*⁸⁵, que diz respeito, quer à capacidade de uma pessoa perceber e usar informação sobre saúde, quer à oportunidade de tomar decisões que influenciam a saúde de forma esclarecida (Dumas, 2010). Uma questão, portanto, transversal e que abrange, não só os cidadãos de uma forma geral (seja do ponto de vista individual procurando medidas de prevenção, seja enquanto paciente, seja ainda como voluntário ou ativista em movimentos sociais), como também os profissionais de saúde (e.g. melhorando o diálogo com os pacientes e reduzindo a diferença de comunicação existente entre o nível clínico e a capacidade de perceção do paciente) e os decisores políticos (e.g. auxiliando a formulação das agendas políticas).

De certa forma, esta preocupação na aquisição e disseminação de mais informação está associada, quer ao grau de incerteza tão característico dos cuidados de saúde, quer à assimetria de informação que existe nos variados níveis de um sistema de saúde (Smith et al, 1997). Como já referido, esta relação *prestador de cuidados/utente* é normalmente caracterizada como sendo uma relação agente/principal: o utente (principal) escolhe (ou, dependendo do sistema de saúde, é-lhe atribuído) um profissional de saúde (agente) que tomará decisões em relação à saúde do utente. Espera-se que o profissional seja um agente *perfeito*, capaz de combinar o conhecimento técnico com as preferências/expectativas do paciente para determinar a melhor solução. Contudo, e como referem Smith et al (1997:41), *“because of the reliance on the agent, it is likely that asymmetry of information exists, whereby the agent has more information than the principal. Furthermore, the principal and agent may have different goals and/or objectives and the two parties may have different attitudes towards risk”*. Por isso mesmo, e a título de exemplo, Nguyen (2011:i54) refere que *“the principal-agent problem arises as the provider chooses instead to maximize his or her own interests, which in many cases do not align with the patient’s interests”*. Mas o problema do agente/principal pode também ocorrer entre diferentes profissionais de saúde (e.g. médicos de clínica geral vs. outras especialidades médicas) e entre estes e os gestores/decisores. O debate em torno da resolução desta problemática tem sido amplo: que incentivos podem ser desenhados de forma a acomodar as preferências do agente e do principal (ou, por outras palavras, a função objetivo de cada um)? Já quanto ao caminho optado ao nível da formulação de políticas de saúde para fazer face a este quesito, este tem essencialmente recaído na procura de dotar os diversos intervenientes de mais informação (procurando aproximar as respetivas funções objetivo).

Se é certo que do ponto de vista concetual a noção de governança clínica aposta num nível de cidadania mais elevado, em que os profissionais de saúde e os utentes são considerados agentes

⁸⁵ Em 2005, a CE estabelece um conjunto de orientações neste sentido, lançando a comunicação *Healthier, safer, more confident citizens* (CEC, 2005).

participantes ativos nos processos de tomada de decisão e não meros espetadores, não é menos verdade que a ideia dirige-se essencialmente para as instituições prestadoras de cuidados de saúde e para os seus utentes, adotando por isso uma visão estritamente sectorial da saúde. Procurando complementar esta perspetiva, mais recentemente as diretrizes na esfera da saúde começaram também a adotar um discurso mais amplo de governança, em muito direcionado para as questões de saúde pública e promoção da saúde. Refira-se, como exemplo, a *Estratégia Saúde 2020* (OMS, 2012) em que associa a noção de governança a “*the attempts of governments or other actors to steer communities, whole countries or even groups of countries in the pursuit of health as integral to well-being through both whole-of-government and whole-of-society approaches. (...) It promotes joint action for a common interest by health and non-health sectors*”. Mas a esta noção mais abrangente de governança em saúde associa-se também a convicção de que importa elevar a importância da saúde na agenda política. Defende-se, assim, que todas as políticas devem considerar os seus efeitos na saúde, formalizando-se a já referida expressão *saúde em todas as políticas*.

Com efeito, a passagem duma visão tipicamente sectorial da saúde para esta noção de governança mais multisectorial, em que a formulação e implementação de políticas para a saúde deve articular-se de forma clara com outras áreas de intervenção em relações mutuamente benéficas e de natureza sinérgica, constituiu um passo gigantesco do ponto de vista concetual. A constatação de que outros domínios de intervenção, para além dos cuidados de saúde *per se*, podem influenciar fortemente o estado de saúde das populações veio contribuir fortemente para tal. O trabalho desenvolvido na Finlândia sob o chapéu da *saúde em todas as políticas* é paradigmático e constitui uma referência que importa mencionar como exemplo. Pioneira no panorama europeu, a Finlândia começou a considerar esta visão no final da década de 1970, quando se observou que os indicadores de saúde da população não refletiam os outros níveis de desenvolvimento do país. De acordo com Melkas (2013), embora a reação, então e durante muito tempo, privilegiasse a aposta nos cuidados de saúde *per se*, outras medidas no âmbito da promoção da saúde foram simultaneamente lançadas, visando o envolvimento conjunto dos vários níveis públicos de decisão (designadamente o governo e o poder local) numa lógica intersectorial, quer dentro do próprio sector público (ideia de *whole of government*), quer entre este e o sector privado e o terceiro sector (ideia de *whole of society*). Sobre o trajeto efetuado pela Finlândia nestes últimos 40 anos, o mesmo autor faz a seguinte comentário: “*through long-term, consistent efforts the implementation of large-scale measures to promote health has been brought in and a legislative and administrative basis for systematic work has been established*” (Melkas, 2013:24).

Independentemente das diferentes características estruturais e institucionais entre a Finlândia (e respetivo sistema de saúde) e outros países europeus, designadamente Portugal, há um conjunto de apontamentos que interessa reter do trajeto encetado por este país na transição desta última década, designadamente de 2007 a 2011 (Melkas, 2013), para a adoção e implementação do princípio de *saúde*

em todas as políticas. Desde logo, a formulação de políticas sob este desígnio coube essencialmente ao sector público, designadamente ao governo e ao poder local. De forma a adotar-se a visão horizontal (interministerial) – “*making sectoral boundaries less important*” (Melkas, 2013:23) – a responsabilidade ficou sob a alçada do gabinete do primeiro-ministro, que criou um comité de acompanhamento composto por diversos ministros. Apesar de esforços iniciais nesse sentido, o processo de coordenação não foi, porém, robusto o suficiente, pelo que a elaboração dos programas de política acabou por ser (como tradicionalmente) da responsabilidade do Ministério da Saúde e dos Assuntos Sociais, procurando por sua vez mobilizar os restantes ministérios. Ainda assim, o autor frisa que são vários os exemplos encontrados em que a cooperação interministerial se efetuou com sucesso, nomeadamente com a área do ambiente, dos transportes e comunicações e da educação. No que respeita ao nível local, a responsabilidade pelos serviços sociais, a saúde pública e os cuidados de saúde (primários e especializados), a educação básica e secundária, o ordenamento do território, a proteção ambiental, a cultura, o desporto e as infraestruturas está entregue aos municípios, o que se revela positivo para a promoção de uma visão intersectorial – “*the wide-ranging administrative role of municipalities enables cooperation between the administrative sectors at local level*” (Melkas, 2013:4). Apesar de tudo, o nível de empenho dos municípios no domínio da saúde é muito variado, sendo que a área da promoção da saúde tem ficado um pouco aquém das expectativas. Segundo Melkas (2013), são duas as razões que podem ajudar a explicar esta questão: por um lado, as restrições financeiras decorrentes da crise económica observada na década de 1990 e, por outro, a falta de recursos e competências técnicas para lidar essencialmente com a área da promoção da saúde. Neste sentido, atualmente tem-se dado formação complementar em saúde aos técnicos dos municípios, nomeadamente aos que exercem a sua atividade em domínios como o desporto, o lazer e o ordenamento do território, o que tem contribuído para uma melhoria da situação. Por outro lado, apesar de haver uma longa tradição de cooperação, a relação entre os municípios e a Administração Central não é, também, totalmente pacífica: enquanto os primeiros defendem a sua autonomia e liberdade para agirem de acordo com os seus propósitos – o que se veio a acentuar depois das reformas conduzidas na década de 1990 com o intuito de prover os municípios de maiores atribuições descentralizadas⁸⁶ –, a Administração Central procura influenciá-los para implementar as políticas nacionais de uma forma uniforme. Refira-se que a descentralização de muitas atribuições para o nível local veio diminuir a intervenção do nível regional no domínio da saúde. Por exemplo, as funções das Agências Administrativas Regionais, que antes visavam a formulação de orientações políticas para os municípios no campo da saúde, atualmente resumem-se a verificar se a atuação dos municípios está de acordo com a legislação. Ao invés, a escala intermunicipal adquire preponderância, na medida em que as grandes unidades hospitalares são geridas a este nível. Embora a atuação do sector público, como se referiu, seja a principal força motriz da adoção e implementação do princípio de *saúde em todas as políticas*, tal não significa que esteja ausente do processo a participação de

⁸⁶ Para um aprofundamento desta questão, consultar Koivusalo (1999).

outros atores. Em relação à prestação de cuidados dentários e de consultas externas para determinadas especialidades médicas, por exemplo, há uma elevada oferta privada (particularmente nos grandes centros urbanos), podendo os utentes ser parcialmente reembolsados pelo sistema de segurança social. Apesar da importante articulação que tem havido com a prestação privada, nomeadamente em áreas de apoio social e de saúde mental, o início deste século fica marcado pela crescente compra de serviços privados de prestação de cuidados por parte dos municípios, um período pós recessão económica em que *“an economic policy with neoliberal attributes has been practised in Finland”* (Melkas, 2013:22). Já no que respeita às organizações não-governamentais, a sua atuação no sector da saúde é considerada pioneira, com muitas a atuar há mais de 100 anos. Em diversas situações, a colaboração com o poder local é forte, auxiliando aí o desenvolvimento de práticas e transmitindo competências. A este propósito, destaque-se o estudo desenvolvido por Simonsen (2013), que analisa o papel das associações voluntárias locais na promoção da saúde em alguns municípios finlandeses. O autor conclui que estas associações são fundamentais para o fenómeno em estudo, pese embora ainda haja um longo caminho a percorrer para uma efetiva cooperação neste domínio entre os municípios, as associações e os prestadores de cuidados. As instituições do ensino superior e dos centros de investigação na articulação com o sector público no domínio da saúde merecem, também, um papel de destaque por parte de Melkas (2013:23) – *“Research and development institutes under the aegis of MSAH [Ministry of Social Affairs and Health] aim to guarantee the best possible information for policy development. The production of information has been developed to correspond to the needs of both the national policy and the local level. Institutes have built well-functioning connections to those utilizing their expertise in order to minimize the information gap between knowledge and practical work, which is always a challenge”*. E, neste contexto, o autor chama a atenção para a importância das competências técnicas e da recolha e acesso a informação para a obtenção de mais ganhos em saúde.

O exemplo aqui exposto da Finlândia coloca em evidência os mecanismos de governança (na dupla ótica vertical e horizontal) em torno do princípio da *saúde em todas as políticas* e lança, simultaneamente, pistas para uma questão adicional: uma visão multisectorial não deve envolver simplesmente uma perspetiva macro de articulação com respostas homogéneas e não espacializadas; precisa, também, de reconhecer que contextos territorialmente diferenciados implicam intervenções territorialmente distintas. Para uma melhor perceção, recorre-se novamente ao exemplo finlandês, desta feita da região de North Karelia (Puska et al, 2009). No final da década de 1970, a Finlândia apresentava uma das mais altas taxas mundiais de mortalidade por causas cardiovasculares, com incidência particular nesta região. Paralelamente, havia a convicção por parte dos profissionais de saúde de que estas patologias decorriam de um consumo excessivo de gorduras saturadas, do consumo de tabaco e duma hipertensão arterial. E, de facto, a região apresentava-se como sendo um grande produtor de carne, manteiga e outros derivados de leite. Peritos finlandeses em conjunto com a OMS lançaram um projeto regional, reconhecendo à partida que, dadas as condições produtivas e climatéricas da região,

não bastaria uma campanha de sensibilização junto da população para uma melhoria dos cuidados alimentares. A fase inicial do projeto consistiu em mobilizar os líderes das organizações locais e sensibilizar os produtores locais a reduzirem, quer a percentagem de gordura de alguns produtos, como o leite local e as salsichas, quer o teor de sal de pães e doces. No seguimento, foi efetuada uma reforma da produção local, dominada pela indústria de carne e de produtos lácteos, passando a incluir a produção de óleo de colza e grão como forma de reduzir o consumo de gorduras saturadas. Paralelamente, foi incentivada uma alimentação mais cuidada nas cantinas das escolas e nos menus de muitos locais de emprego. Por fim, implementou-se uma nova lei de saúde pública que enfatizava a promoção da saúde e restringia o consumo de tabaco. Com este projeto, baseado em reduzir o risco de saúde da população local (num contexto territorial com características específicas) através da articulação de vários sectores e agentes locais e não na administração de fármacos ou no tratamento de indivíduos de alto risco, conseguiu reduzir-se substancialmente a taxa de mortalidade por causas cardiovasculares.

À importância de incorporar a visão das políticas da saúde em outras áreas de intervenção, como sejam a economia e a educação, e de construir uma visão conjunta para contextos territorialmente diferenciados, acresce uma outra necessidade: a de interagir com as opções políticas de ordenamento a definir ou já traçadas para esses mesmos territórios. A tensão que existe entre comportamentos e estilos de vida e o desenho dos espaços urbanos (e.g. ar limpo e mobilidade por modos suaves vs. utilização excessiva do automóvel) ou os padrões de localização de serviços de saúde face à localização de outros serviços de proximidade aos cidadãos constituem bons exemplos que justificam o fortalecimento desta relação, questão brevemente afluída pelo *Marmot review* (2010). Num outro registo, o trabalho realizado na região de convergência Brandenburg-Nordost (Alemanha) apresenta-se como uma boa lição da razão de articular a saúde com o ordenamento do território numa perspetiva de desenvolvimento regional e local (Healthcapital, 2007; OMS, 2010b). Fontanestadt Neuruppin, principal localidade desta região, cujo território apresenta diversas características típicas dos meios rurais, deparava-se com um decréscimo do número de médicos. Durante anos, a aposta no sector da saúde consistiu essencialmente na diminuição de infraestruturas hospitalares, conduzindo ao encerramento de muitas unidades no território, e no investimento, quer em gabinetes médicos (em alternativa às unidades hospitalares encerradas), quer em tecnologia clínica nos maiores hospitais, o que por sua vez trouxe repercussões ao nível da acessibilidade a cuidados para as comunidades mais distantes. Um plano regional de saúde para Berlin-Brandenburg foi apresentado em 2007 com o intuito de modernizar os seus serviços de forma, quer a valorizar a saúde do ponto de vista económico, quer a permitir um acesso de qualidade aos cuidados por parte da comunidade mais rural. As prioridades foram a relação TIC/saúde, cuidados para idosos, prevenção e reabilitação, que por sua vez foram inseridas em objetivos mais vastos e ações intersectoriais, como sejam a construção de redes regionais

compostas por diversos parceiros, o desenvolvimento de mecanismos de cuidados clínicos comuns e multisectoriais e a associação destes mecanismos às TIC (e.g. telemedicina e aprendizagem à distância). O que importa aqui frisar é que a modernização do sistema regional de saúde na ótica referida não se efetuou isoladamente, mas antes de forma articulada com outras estratégias regionais ao nível nomeadamente dos transportes, da rede de infraestruturas e das TIC.

Por outro lado, o trabalho conduzido recentemente por Raphael (2011) veio lançar uma outra questão: embora seja importante considerar os determinantes individuais e estruturais da saúde, é preciso também atender aos processos responsáveis pela distribuição desses determinantes (e, por isso, potenciais causadores de ainda maiores iniquidades). Ou seja, a forma como essas políticas são formuladas, bem como o tipo e a natureza de envolvimento dos atores nesses processos de tomada de decisão, são questões fundamentais para uma melhoria dos ganhos em saúde das populações. Esta questão é ainda mais preponderante em territórios onde o capital social e a densidade relacional são baixos, evidenciando uma inabilidade dos agentes locais se qualificarem e se organizarem coletivamente e, conseqüentemente, uma incapacidade de se fazerem ouvir quando comparados com outras forças de poder de organizações de carácter mais macro que participam nos processos decisórios.

As questões acima mencionadas acrescentam à visão de governança em saúde uma outra dimensão: a necessidade de considerar também as dinâmicas territoriais, as políticas de ordenamento do território e a diversidade de atores locais/regionais. Por outras palavras, são necessárias abordagens integradas de base territorial para promover a multiplicidade e simultaneidade das intervenções e otimizar os resultados em saúde (mas não só). Como refere Kidd (2007:162): *“better integration of sectoral policies offers potential efficiency gains through improved spatial co-ordination and co-operation”*.

O conceito de *integração* do ponto de vista das políticas públicas tem sido palco de debate por diversos autores desde o final da década de 1990, sobretudo no domínio do ordenamento do território (consultar, por exemplo, Stead e Meijers, 2009). A ideia emerge essencialmente da mudança de visão e de objetivos associados a estas políticas, até então muito centradas na regulação da ocupação e uso do solo, para uma ótica mais estratégica, de articulação de políticas, atores e escalas. Por isso mesmo, à designação comum de ordenamento do território começa a atribuir-se maior ênfase, inclusive ao nível da terminologia, à perspectiva de desenvolvimento, que procura congrega do ponto de vista das orientações estratégicas a ideia de regulação e organização territorial das atividades à economia regional e a outras áreas de intervenção tipicamente sectoriais, tais como o ambiente, a agricultura, os transportes, a educação, entre outros (Nadin, 2005; Camagni, 2007). Com efeito, é curioso verificar

como a designação *desenvolvimento territorial* foi sendo crescentemente adotada no discurso da CE⁸⁷: o trabalho sobre políticas comunitárias e território (CEC, 1999b) e a Agenda Territorial, TA2020, constituem bons exemplos do percurso que foi efetuado. Tudo aponta para que a razão seja dupla: primeiro, por motivos estratégico-políticos, interessando acentuar esta perspectiva de desenvolvimento do ponto de vista discursivo numa articulação entre as orientações da Estratégia Europa 2020, da Política de Coesão e das políticas europeias de ordenamento do território⁸⁸; depois, por uma questão operacional, numa tentativa de ligar os instrumentos de ordenamento do território aos de desenvolvimento regional e local (que decorrem essencialmente dos quadros comunitários de apoio e dos respetivos programas operacionais)⁸⁹. Por isso mesmo, ordenamento do território e desenvolvimento regional e local tendem a estar de *mãos dadas* e incluídos na designação de *desenvolvimento territorial*.

Embora não exclusivo, o trabalho desenvolvido no Reino Unido, tanto ao nível académico como político, tem-se revelado uma fonte de aprendizagem no que respeita à questão de *integração*, pelo que importa mencionar sumariamente algumas ideias-chave que decorrem dos estudos que aí têm sido desenvolvidos desde o início do século. Analisando, quer documentos de natureza sectorial, quer instrumentos de base territorial para a Escócia, Harris e Hooper (2004:165) concluem que estes últimos são de importância acrescida para identificar aparentes inconsistências entre as diversas políticas com impacto territorial e, por isso mesmo, “*public policy can therefore benefit not only from being developed in a more ‘joined-up’ manner, but also from injecting a spatial dimension into the process of integrated policy development*”. De uma forma semelhante, Wong (2002) também aborda a necessidade de melhorar a relação intersectorial por intermédio da componente territorial, mas acrescenta-lhe um fator adicional: a importância de considerar a integração vertical (da escala europeia à local) nos processos de formulação e implementação de políticas. Abordando a mesma problemática, Shaw e Sykes (2005) centram a sua análise na vertente transfronteiriça, sublinhando nas conclusões a relevância de promover mecanismos de integração horizontal e vertical para a obtenção de melhores resultados. Às óticas *integração sectorial* (entre diferentes sectores de atividade) e *organizacional* (entre diferentes agentes e instituições) patentes nos trabalhos anteriormente referidos, os autores acrescentam uma outra vertente

⁸⁷ Refira-se que a designação *desenvolvimento territorial* (*territorial development* na linguagem original) não se esgota nos documentos elaborados no seio da CE. Também no âmbito da OCDE esta terminologia tem sido adotada, tendo inclusive sido criado em 1999 o *Territorial Development Policy Committee* centrado em “*new territorial development policies arising from the changing economic and social conditions, and to assess general policies involving the various partners at national, regional and local level*” (OECD, Directorate for Public Governance and Territorial Development).

⁸⁸ Sobre esta questão, importa lembrar as palavras de Kunzmann (2008:12): “*Spatial planning is not a key actor in territorial development in European terms*”, designadamente ao nível dos processos de tomada de decisão.

⁸⁹ Sobre esta relação entre os instrumentos de desenvolvimento territorial, veja-se, a título de exemplo, a conferência promovida pela CE e realizada em finais de 2011 em Varsóvia sob o tema *Effective Instruments for Territorial Development*, centrada essencialmente na dimensão territorial das políticas da UE no período pós-2013.

– *integração territorial* – através da qual se procura promover uma relação de proximidade na formulação e implementação de políticas públicas entre diferentes territórios e, consequentemente, não só diminuir ineficiências associadas a determinados investimentos (e.g. duplicação de infraestruturas), mas também potenciar sinergias entre os recursos e as infraestruturas existentes em cada local. O que parece ser evidente das conclusões retiradas pelos autores é que a *integração territorial* pode surgir em torno de atividades sectoriais (e.g. mercado de habitação, transportes), via projetos territoriais conjuntos (e.g. crescimento, consolidação ou reabilitação de áreas urbanas) ou mesmo em redor de áreas naturais que abrangem vários territórios (e.g. cursos de água, espaços verdes). Já o trabalho apresentado por Vigar (2009), porventura o mais completo, resulta de um projeto de investigação prévio sobre *linhas de governança* (*governance lines* na versão original) verticais e horizontais no ordenamento do território da Escócia, com base numa extensa análise documental e em entrevistas a um conjunto variado de atores. Aferindo, entre outros fatores, como o discurso político e as orientações estratégicas fluíam (e influenciavam), quer entre diferentes escalas, quer entre diferentes territórios, quer ainda entre diferentes agentes, bem como quais os mecanismos que diligenciavam as respetivas relações, o autor reafirma a importância das políticas de base territorial enquanto veículos de integração e promotores de desenvolvimento. É neste contexto que o autor chama a atenção para três pontos: por um lado, a importância da coordenação de estratégias por forma a evitar conflitos entre diferentes políticas e, antes, gerar situações mutuamente benéficas; por outro, a necessidade de aproximar a formulação e a implementação de políticas de forma a diminuir ineficiências geradas na passagem para a ação; por fim, a pertinência de ligar os diferentes agentes por forma a partilharem conhecimentos e experiências, ultrapassar alguma fragmentação institucional e promover parcerias para alcançar objetivos comuns. Saliente-se que estas conclusões foram igualmente alcançadas por Buser e Farthing (2011) no estudo que desenvolveram para o Reino Unido sobre o papel das políticas de ordenamento do território na integração de outras políticas com impacto territorial e os respetivos agentes.

De uma forma geral, o que importa reter destes trabalhos é a importância da lógica de integração de áreas sectoriais, agentes e lugares distintos, constituindo o território (e consequentemente as suas políticas e respetivos instrumentos e agentes) um meio aglutinador e alavancador de potencialidades. No entanto, convém salvaguardar três questões para as quais os diversos autores chamam a atenção: i) para que as políticas de base territorial adotem com sucesso o papel relevante que se lhes advoga, as estruturas de governança devem estar bem definidas, caso contrário a interpretação da lógica subjacente à integração é desvirtuada de agente para agente e territorialmente descontextualizada (Buser e Farthing, 2011); ii) embora os sistemas de planeamento favoreçam o papel do ordenamento do território neste domínio, é crucial que o seu protagonismo seja reconhecido pelos outros agentes que fazem parte da formulação e implementação das outras políticas (de natureza sectorial) – “*for spatial planning to perform a meta-governmental role, to be a locus for integration, it needs to be taken seriously by other policy*

sector or by a central executive within government with the power to force others to pay attention to it” (Vigar, 2009:1586); iii) contrariamente ao que se possa julgar, as políticas de ordenamento do território não se devem limitar a receber e integrar as orientações das outras políticas, mas também a influenciar as agendas dessas outras políticas – *“an important point here is that spatial planning should not simply be on the receiving end of the spatial concerns of different sectoral policies. Spatial planning considerations should also help to shape activities of other sectors and organisations. To be effective, a multiplicity of bilateral and multilateral interactions and reciprocal activity is required* (Kidd, 2007:166-167).

Neste contexto de integração, interessa agora centrar a análise na articulação entre as temáticas da saúde e do ordenamento do território. Importa, desde logo, lembrar que esta relação não é nova, tendo raízes no século XIX, quando os centros urbanos, particularmente na Europa e nos EUA, foram afetados por epidemias de doenças infectocontagiosas (e.g. cólera, tuberculose) na sequência das deslocações massivas de populações das áreas rurais para as áreas urbanas no âmbito da revolução industrial (Hall, 1980). Não estando preparados para acomodar a enorme deslocação de pessoas que se verificou, quer do ponto de vista das habitações, quer ao nível das infraestruturas (especialmente de abastecimento de águas e saneamento), os centros urbanos cedo começaram a ficar lotados e a constituir focos de doenças e de baixa qualidade de vida. A resposta necessitou de uma clara articulação entre as questões de ordenamento físico do território e as questões de saúde, motivando a construção de espaços mais amplos e ventilados, com espaços verdes integrados e, inclusive, a separação funcional de certas atividades. É neste contexto que surge, por exemplo, o movimento da *cidade jardim* de Ebenezer Howard. Ainda que por razões distintas, esta articulação continuou a ser visível nas décadas que se seguiram, observando-se, porém, uma fragmentação no período posterior à Segunda Guerra Mundial (Kidd, 2007:170): *“As infectious diseases were reduced or eliminated, town planning increasingly concentrated on issues, less evidently connected to public health, while advances in medicine saw a shift in power and resources to therapeutic hospital-based health services”*. Mais recentemente, a relação entre as duas áreas tem ganho um novo folego, à medida que se foi percebendo o alcance da definição de saúde da OMS de 1946 (não meramente a ausência de doença ou enfermidade) e que o tipo e o local de habitação produzem claros efeitos no bem-estar físico, mental e social dos cidadãos (Kidd, 2007). É, pois, perante estas circunstâncias que as políticas de ordenamento do território (re)começam a ser consideradas como veículos importantes para lidar com o bem-estar, a sustentabilidade e a vivência das comunidades – veja-se, a título de exemplo, as *healthy cities* da OMS, as *sustainable communities* do governo inglês ou as *livable communities* divulgadas por muitos estados norte-americanos –, constituindo consequentemente fatores cruciais para lidar com as disparidades sociais (Corburn, 2005).

É precisamente neste contexto que diversos autores têm chamado a atenção para se repensar a articulação entre a saúde e o ordenamento do território ao nível da formulação e implementação de

políticas. A título de exemplo, refira-se um número especial da revista *Planning Theory and Practice* (Crawford et al, 2010) dedicado precisamente a esta questão. O trabalho especializado que Gonçalves e Miranda (2010) desenvolveram, em Portugal, no âmbito do Plano Nacional de Saúde 2012-2016 procura apresentar algumas reflexões sobre o que esperar desta articulação:

- Por um lado, que as políticas de saúde contribuam positivamente para a consolidação de modelos mais equilibrados de organização do território, isto é, que sejam capazes, dentro do possível, de articular preocupações de eficiência e equidade. Tal implica assumir no âmbito das políticas de saúde os modelos territoriais propostos, otimizando as articulações em rede e tirando o máximo partido das potencialidades decorrentes do uso das TIC;
- Por outro lado, que as políticas de ordenamento do território integrem as orientações das políticas de saúde, representando uma oportunidade para que as primeiras possam ter em conta os fatores que influenciam os determinantes de saúde e, assim, maximizar os potenciais efeitos positivos que possam gerar sobre os níveis de saúde e a qualidade de vida das populações.

Contudo, e apesar de haver algumas indicações que apontem nesse sentido, pelo menos ao nível discursivo e no lançamento de determinadas iniciativas, o trajeto tem sido efetuado demasiado paulatinamente e de forma desagregada face ao que seria expectável (quanto mais não seja pelas raízes históricas), tal como lembrado, a título de exemplo, por Blackshaw (2012) – *“there is strong evidence that there is a very poor level of mutual understanding and weak integration between planning and health professionals and their interventions”* – e por Verbeek e Boelens (2013:2) – *“planning professionals hardly include health in their planning processes consciously”*. É verdade que o estudo efetuado por Barton e Grant (2013) sobre a avaliação da quarta fase da rede de cidades saudáveis da OMS vem mostrar que, apesar de tudo, tem-se verificado uma grande evolução neste âmbito. Mas os mesmos autores referem que há ainda um longo caminho a percorrer para que esta articulação usufrua de todo o seu potencial em prol de uma melhoria da qualidade de vida de todos os cidadãos. O trabalho publicado também recentemente por Carmichael et al (2013) vem reforçar esta questão, mostrando que há ainda uma visão redutora da saúde por parte dos decisores políticos no domínio do ordenamento do território, fruto da falta de articulação entre estas duas áreas de atuação e das diferentes terminologias e culturas organizacionais. Os autores argumentam ainda que, consequentemente, a própria auscultação e mobilização dos atores locais, com cada vez mais voz e influência nas definições e decisões políticas, também é efetuada de forma fragmentada e com visões parcelares do que se pretende numa visão integrada de desenvolvimento social, económico e saudável dos territórios.

A ausência de uma articulação efetiva entre as duas áreas já antes tinha sido alvo de debate por parte de Kidd (2007:170), levando o autor a referir *“linkages between the two areas remain ill developed”*. Por isso mesmo, o autor avança com três notas que importa reter para um processo de aprendizagem num

assunto sobre o qual ainda pouco se conhece. A primeira nota diz respeito à necessidade de haver um forte apoio político no estabelecimento de um contexto favorável aos diversos tipos de integração (sectorial, organizacional e territorial), em que o ordenamento do território adquire particular relevância enquanto elo aglutinador e alavancador de potencialidades. Nas palavras do autor (2007:178), *“for spatial planning to achieve its integration ambitions, it must be taken to the heart of government and for this to happen, political support is necessary”*. E, como o estudo acaba por expor, o patamar de vontade em cooperar por parte dos diferentes agentes resulta do apoio político existente. A segunda nota, que decorre da anterior, relaciona-se com a necessidade do próprio sistema de planeamento territorial fomentar a integração de diferentes áreas temáticas. Para tal, é útil a existência de uma estratégia territorial nacional que dê coerência à integração a diferentes escalas, bem como o desenvolvimento de mecanismos que promovam a integração de diferentes agentes das áreas da saúde e do ordenamento do território nas diversas escalas (da nacional à local) para permitir uma correta interpretação e uma efetiva implementação das orientações traçadas. A terceira relaciona-se, quer com a própria formação dos profissionais que lidam com estas temáticas, sejam do lado do ordenamento do território, sejam do lado da saúde, quer com a troca de informação entre os agentes das duas áreas. Por um lado, porque só sensibilizando os agentes para estas questões é que se consegue incentivá-los a pensar e atuar de forma multidisciplinar e, conseqüentemente, ter em conta as implicações territoriais das diferentes dimensões de política pública. Por outro, porque a presença de meios favoráveis à troca de informação e de experiências é crucial para mostrar as vantagens decorrentes de uma forte interligação das áreas de atuação em causa. Sobre esta questão, refira-se, a título de exemplo, os trabalhos produzidos pelo Departamento de Saúde do Governo Inglês – *A guide to town planning for NHS staff* (2007) e *A guide to the NHS for local planning authorities* (2007) –, através dos quais procura informar e sensibilizar, quer os atores da área da saúde para as questões do ordenamento do território, quer os agentes que atuam no ordenamento do território para a temática da saúde.

A discussão efetuada até ao momento no âmbito do conceito de integração centrou-se na articulação (cuidados de) saúde / ordenamento do território. Importa, agora, relembrar a noção já referida de *desenvolvimento territorial* e sublinhar a importância de adicionar ao referido binómio uma terceira componente – o desenvolvimento regional e local –, particularmente associada às orientações estratégicas e aos apoios financeiros decorrentes dos quadros comunitários de apoio. Ora, neste âmbito, o papel da saúde em gerar bem-estar, crescimento económico e prosperidade foi reconhecido nas prioridades de investimento identificadas pela CE no período 2007-2013 e encontra-se, do mesmo modo, no âmago das preocupações do novo ciclo comunitário 2014-2020. A título de exemplo, a *Decisão do Conselho Europeu relativa às orientações estratégicas comunitárias em matéria de coesão* (2006/702/EC) refere o seguinte: *“Existem grandes disparidades em matéria de saúde e de acesso aos cuidados de saúde entre as regiões europeias. Por conseguinte, é importante que a política de coesão contribua para as infra-estruturas de cuidados de*

saúde, ajudando dessa forma a aumentar o número de anos de trabalho em condições de boa saúde, sobretudo nos Estados-Membros e nas regiões de menor prosperidade. As ações comunitárias em matéria de prevenção e de melhoria da saúde desempenham um papel importante na redução das disparidades neste sector. A existência de bons cuidados de saúde traduz-se numa maior participação no mercado de trabalho, numa vida activa mais longa, numa maior produtividade e numa redução das despesas em cuidados de saúde e dos custos sociais". Para este período, foi igualmente lançada uma iniciativa – *As regiões e a mudança económica* – com o intuito de avançar com novas formas de dinamizar redes urbanas e regionais em estreita articulação com a CE para aumentar a competitividade e a cooperação. O documento da Comissão anexo a esta iniciativa (COM(2006) 675 final) identifica inclusive dois temas diretamente relacionados com a saúde – *Making healthy communities* e *Promoting a healthy workforce in healthy workplaces* – enquanto áreas-chave para promover um desenvolvimento regional e local.

A avaliação feita por Watson (2009) à potencial utilização dos fundos estruturais e de coesão no período 2007-2013 mostra como os Estados-membros podem considerar estes meios de financiamento na definição de políticas de saúde. Para tal, o autor diferencia três áreas de investimento:

- Investimento direto no sector da saúde, no qual se inclui a aposta em infraestruturas (equipamentos e TIC);
- Investimento em sectores com forte relacionamento com a área da saúde ou com esperado impacto positivo (e.g. emprego e mercado de trabalho, inclusão social, segurança e espaço urbano) e em clara articulação com a Estratégia de Lisboa/ Europa 2020;
- Investimento em áreas não relacionadas diretamente com o sector da saúde mas com valor acrescentado para este, particularmente do ponto de vista económico e ambiental (e.g. transportes sustentáveis e reabilitação urbana, *clusters* ou *hubs* de inovação, transferência de tecnologia e I&D), também com forte articulação com a Estratégia de Lisboa/ Europa 2020 e procurando, nas palavras do autor (2009:24), "*to maximise health gain from the knowledge economy*".

No entanto, o autor adverte que para adotar esta postura no âmbito da saúde é necessário possuir mecanismos de governança capazes de formular estratégias neste sentido e implementá-las, criando redes de sinergias ao nível dos programas e projetos (relação entre as orientações dos quadros comunitários e programas operacionais e os tipos de investimentos acima mencionados) e dos atores (nas diversas escalas de atuação).

Estas ideias encontram-se claramente na mesma linha de raciocínio das conclusões do Conselho Europeu (CEC, 2011) e do estudo desenvolvido no âmbito do Projeto Europeu EUREGIO III, ao perspetivarem a necessidade de se adotar no período pós-2013 um novo olhar sobre o tipo de investimentos a efetuar na saúde numa dupla abordagem equidade e crescimento económico (isto é, ir

para além dos equipamentos e apostar, designadamente, nas TIC e na inovação) e ao chamarem a atenção para a importância de desenvolver mecanismos de governança capazes de implementar e articular (nas diferentes escalas) as ideias. É neste contexto que, numa das publicações finais do estudo, é inclusive referido que *“objectives are European, funds are national and needs are regional”* (Watson e Sebestyen, 2011:1), em que o envolvimento de múltiplos atores é considerado um dos principais pilares de atuação: *“to address a lack of effective stakeholder engagement, a starting point (...) would be to conduct a stakeholder analysis (SA) that covers the following axis: within region; region-national; inter-regional”*. De forma idêntica, também a OMS (2010b) se debruçou sobre esta questão, publicando um trabalho sobre como os fundos estruturais podem ajudar os sistemas de saúde a lidar com as desigualdades existentes nesse campo de ação. Nesse relatório, a OMS (2010b:vi) enaltece a importância dos mecanismos de governança, afirmando: *“building the capacity of health staff to reduce health inequities through SF (...) needs to be nested in a broader capacity-building approach (including organizational development, partnership development, leadership development and resources allocation) that ensures sustainable capacity is achieved at system, organization, team and individual levels”*.

Uma das questões transversais a estes estudos e documentos de orientação política consiste no sublinhar da importância das diversas escalas de intervenção, com particular destaque atribuído ao nível regional. A título de exemplo, refira-se o documento da OMS (2010b:vii) que associa a importância da governança aos sistemas regionais de saúde enquanto fatores-chave na definição de políticas da saúde, o que significa: *“improving understanding and confidence of all health stakeholders to effectively engage with the SF process; increasing the capacity of regional health stakeholders and governance to prepare the case for using SF to reduce health inequities; exploring how regional health systems can use SF to address SDH [social determinants of health] and health inequities; and building capacity in terms of skills, know-how and institutional arrangements for regional government policy-makers and health professionals to reduce health inequities through the use of SF”*. No mesmo documento, é referido que o nível regional apresenta, do ponto de vista operacional, maior flexibilidade e maior proximidade às comunidades que o nível nacional, e que na perspetiva governamental há já alguma experiência acumulada em promover ações intersectoriais e em articular e traduzir as prioridades políticas nacionais em estratégias e instrumentos regionais: *“they do this in ways that address regional and local needs that, in turn, help to improve the quality of life of their communities and make their regions more attractive places in which to invest and live”* (2010b:17).

É verdade que é possível encontrar modelos diversificados de repartição vertical de atribuições e competências no domínio de saúde, com diferentes níveis de responsabilidade e autonomia ao nível regional (e local), o que poderá limitar a capacidade de integrar políticas e atores de forma vertical e horizontal (OMS, 2010b). Por exemplo, no caso português, embora o planeamento e a regulação dos cuidados de saúde sejam da responsabilidade da Administração Central, a gestão do sistema tem um

grande peso do nível regional, ainda que em estreita articulação com o Ministério da Saúde (Barros et al, 2011): cada uma das regiões de saúde (NUTS II) é responsável pela gestão estratégica da saúde da população, pela supervisão dos hospitais, pela gestão dos cuidados primários de saúde e respetivos centros de saúde e pela implementação dos objetivos da política nacional de saúde. Do ponto de vista do financiamento, porém, e apesar de, em teoria, as Administrações Regionais de Saúde possuírem autonomia nesse domínio, esta compreende somente os cuidados primários, ficando o orçamento hospitalar sob a alçada da Administração Central. Já no caso do sistema de saúde do Reino Unido, este apresenta uma configuração diferente (Boyle, 2011). O Departamento de Saúde é o órgão da Administração Central responsável pela definição da estratégia nacional de saúde e pela afetação de recursos no sistema nacional de saúde em articulação com o Ministério das Finanças. Mas, ao nível regional, a responsabilidade no que respeita à qualidade e desempenho dos cuidados de saúde recai em dez Autoridades Estratégicas de Saúde (*Strategic Health Authorities*), entidades de natureza local que, entre outras atribuições, procuram fazer a ligação entre as estratégias e prioridades nacionais e os planos locais de saúde (*local health service plans*). Em conjunto com o Departamento de Saúde, estas entidades colaboram com as Administrações Regionais, por sua vez responsáveis pelos programas regionais de natureza intersectorial. No que respeita ao caso holandês, o sistema de saúde em funcionamento difere substancialmente dos anteriores (Schäfer et al, 2010). Depois de quase duas décadas em preparação, uma grande reforma teve lugar em 2006, sendo introduzido um esquema de seguro obrigatório no qual várias seguradoras privadas competem entre si. Neste contexto, o papel do Estado mudou de responsável direto do sistema para protetor do processo à distância⁹⁰, tendo as obrigações sido transferidas para as seguradoras, para os prestadores (na maioria privados) e para os próprios utentes. A lógica por detrás da opção tomada residiu na ideia da liberdade de escolha dos utentes, quer ao nível das seguradoras, quer em relação aos prestadores de cuidados. Mas como os cidadãos só podem fazer escolhas mais acertadas se tiverem informação ao seu alcance, um dos papéis do Estado consiste em disponibilizar informação sobre listas de espera, qualidade e custos dos serviços via *Internet*. Os cuidados de saúde preventivos e a promoção da saúde são os que estão essencialmente sob a alçada do sector público, estando a sua responsabilidade a cargo dos municípios: há 29 serviços de saúde municipais (*Gemeentelijke Gezondheidsdiensten*) que desempenham esta tarefa para todos (443) os municípios. É também desde 2007 que os municípios ficaram com a responsabilidade de prestar serviços sociais de apoio ao domicílio para idosos, pessoas com necessidades especiais ou com doenças crónicas. Já o caso Dinamarquês é caracterizado por uma longa tradição associada ao *Estado providência*, sendo o sistema de saúde administrado em articulação pelas instituições públicas dos níveis nacional, regional e municipal (Strandberg-Larsen et al, 2007). Em todos os três níveis, os representantes são democraticamente eleitos, verificando-se igualmente uma forte descentralização de competências para os patamares regional e local. A principal responsabilidade da Administração Central reside na

⁹⁰ “(...) *from direct steering of the system to safeguarding the process from a distance*”, na linguagem original.

preparação de legislação e orientações estratégicas para o sector da saúde. Anualmente, o Ministério da Saúde reúne-se com o Ministério das Finanças e com representantes dos governos regional e local (neste último caso por intermédio da Associação Nacional de Municípios) para negociarem o orçamento para o sector da saúde e definirem as respetivas prioridades. No que respeita ao nível regional (5 regiões), este é financiado, quer pelo Estado, quer pelos municípios, estando sob sua alçada a gestão dos hospitais. Ao nível local, os 98 municípios são responsáveis por prestar serviços domiciliários e pela prevenção e promoção da saúde junto da população. Embora as funções das diferentes escalas de atuação estejam claramente definidas, há uma forte tradição (formal e informal) de negociação entre os diversos agentes nos processos de tomada de decisão. Como último exemplo, apresente-se o caso Francês, cujo sistema de saúde, nas palavras de Chevreul (2011), *is of a mixed type, structurally based on a Bismarckian approach with Beveridge goals reflected in the single public payer model, the current increasing importance of tax-based revenue for financing health care and strong state intervention*. A jurisdição do sistema de saúde em termos de políticas e regulação compreende o Estado, o Seguro de Saúde previsto pela lei (que, embora abranja vários esquemas, não promove a competição, pelo que o cidadão não pode escolher o esquema a que quer aderir), o nível regional e as comunidades locais. Refira-se que o Ministério da Saúde ainda detém grande controlo sobre o sistema. A título de exemplo, embora o planeamento e a regulação deste envolvam processos negociais entre o Ministério da Saúde, o Ministério das Finanças e o Seguro de Saúde, no contexto atual de aumento das despesas com os cuidados de saúde e um crescente défice do Seguro tem-se verificado uma ampliação do papel do Ministério. Apesar de tudo, com o objetivo de melhorar os mecanismos de governança do sistema, foram efetuadas reformas no sentido de fortalecer o nível regional. Refira-se, neste âmbito, a criação em 2009 da Lei Hospital, Pacientes, Saúde e Território (*loi hôpital patients, santé et territoires*), que fundiu a maioria das instituições de âmbito regional numa única *one-stop-shop* – a Agência de Saúde Regional –, adquirindo esta entidade a responsabilidade de assegurar que os serviços prestados respondem às necessidades dos cidadãos, articulando os serviços hospitalares com os ambulatoriais, bem como os cuidados de saúde com os sociais.

A descrição sumária efetuada de alguns sistemas de saúde de países europeus mostra a diversidade institucional existente e o papel que o nível regional desempenha no domínio da saúde, colocando em evidência a relevância que a proximidade à comunidade tem adquirido. Sobre esta questão, Barros (2011:32) refere o seguinte, na sequência da análise da organização político-administrativa do caso português: *“This is in line with the reform trends in many European countries, which have regarded decentralization as an effective means to improve service delivery, to better allocate resources according to need, to involve the community in health decision-making and to reduce inequities in health”*.

No que respeita a esta questão da proximidade à comunidade, e para terminar a discussão em torno da dimensão governança territorial aplicada aos cuidados de saúde, importa fazer referência ao trabalho que tem sido desenvolvido no Reino Unido sob o *chapéu* da já referida *Big Society*, envolvendo a descentralização de competências para o governo local e promovendo uma maior participação dos cidadãos nos processos de tomada de decisão. Quanto ao reforço das competências do poder local, este é claramente visível na temática da saúde, sendo este nível de atuação atualmente considerado por diversos autores como tendo todas as condições para ser líder, especialmente no campo da saúde pública (Tatam, 2012; Morley, 2012). O caso Finlandês já aqui mencionado insere-se precisamente nesta linha de raciocínio. Já no que respeita à participação dos cidadãos, esta tem sido acompanhada pela ideia de *coprodução*, um conceito que tem crescentemente ganho preponderância no campo da política pública (e.g. Bovaird, 2007; CoSLA, 2011; Loeffler et al, 2012) e que coloca a ênfase na contribuição feita pelos beneficiários dos serviços na forma como estes são concebidos, planeados e fornecidos (Bovaird e Loeffler, 2003:8) – *“in the belief that behaviours can be changed even more successfully if people have direct experience, rather than simply being subjected to publicity campaigns or having their choices framed for them in certain controlled ways. For example, it is believed that people who are ‘expert patients’, giving advice to other patients, are less likely to relapse into the smoking or alcohol abuse behaviours which contributed to their own health problems”*. Por isso mesmo, a ideia de *coprodução* envolve uma ligação e um diálogo ativo entre os utilizadores dos serviços e os seus fornecedores.

A clarificação aqui efetuada das diversas componentes a considerar no âmbito da dimensão *governança territorial*, recorrendo à vasta bibliografia existente (ainda que fragmentada) e a exemplos práticos ilustrativos, permite salientar a importância e a complexidade desta questão e, simultaneamente, criar um entendimento sobre as dinâmicas em ação.

2.3.4. Uma visão de síntese

As dimensões analíticas aprofundadas neste capítulo – *heterogeneidade territorial*, *organização territorial* e *governança territorial* – procuram, em conjunto, delinear um caminho analítico e normativo que articule o princípio de coesão territorial com a saúde (em geral) e os cuidados de saúde (em particular). Com base no racional argumentativo apresentado na descrição e justificação de cada uma das dimensões, desenhou-se o que poderá designar-se por um apontamento sistematizador final, aqui apresentado em formato de *tabela*. Os próximos quadros – um para cada dimensão analítica – aliam a matriz formulada no capítulo da coesão territorial à especificidade da temática em discussão, procurando, de forma conjunta e sumária, criar um referencial de intervenção de políticas públicas e servir de base à análise a efetuar na vertente empírica do presente trabalho.

Quadro 5: Referencial de intervenção de políticas de saúde: dimensão Heterogeneidade Territorial

Componente analítica		Componente de intervenção (Políticas Públicas em geral)		Componente de intervenção (Políticas de Saúde)	
Dimensão	Subdimensões	Finalidade	Objetivos gerais	Orientações	Critérios-base a considerar
<i>Heterogeneidade Territorial</i>	Disparidades	Justiça espacial	Combater a marginalização de pessoas em contextos territoriais específicos (e.g. disparidades entre áreas de baixa densidade e áreas mais desenvolvidas; disparidades intraurbanas)	<i>Discriminação positiva</i> de determinados territórios de acordo com ‘direitos’ e ‘necessidades’: relação <i>condições de acesso</i> aos cuidados de saúde / <i>economias de escala</i> na prestação de cuidados de saúde	<p>Acessibilidade aos cuidados de saúde: condições de acesso (geográfico e económico) vs. concentração de serviços, custos de deslocação (distância e transportes) e custos de oportunidade (influenciados por características socioeconómicas e clínicas dos utentes)</p> <p>Prestação de cuidados de saúde: oferta de serviços e de profissionais de saúde de acordo com limiares mínimos para garantir a qualidade de cuidados adequada</p> <p>Oferta de meios de acesso diferenciados aos utentes: mobilidade (pessoas/serviços) e conetividade (TIC)</p> <p>Perspetiva ‘social’ dos serviços em áreas menos desenvolvidas (<i>sentido de pertença/ espaço de atividade</i>)</p> <p>Iniciativas numa ótica de promoção da saúde</p>
	Diversidade	Valorização do capital territorial	<p>Criar oportunidades a partir dos ativos específicos de cada território</p> <p>Promover a identidade territorial como fator de unidade/diferenciação</p>	<p><i>Estratégias de diferenciação/valorização</i> capazes de atrair investimento e criar emprego qualificado</p> <p><i>Complementaridade</i> dos serviços de saúde com certas atividades económicas de forma a gerar um efeito multiplicador e de diferenciação na economia</p>	<p>Oferta de serviços de saúde especializados de referência em termos de qualidade</p> <p>Oferta de serviços ligados ao <i>turismo de saúde</i></p> <p>Oferta de recursos materiais e cognitivos com fortes interdependências na área da saúde (<i>cluster da saúde</i>)</p>

Quadro 6: Referencial de intervenção de políticas de saúde: dimensão Organização Territorial

Componente analítica		Componente de intervenção (Políticas Públicas em geral)		Componente de intervenção (Políticas de Saúde)	
Dimensão	Subdimensões	Finalidade	Objetivos gerais	Orientações	Crítérios-base a considerar
<i>Organização Territorial</i>	Sistema Urbano (<i>policentrismo</i>)	Desenvolvimento urbano equilibrado e em rede	Desenvolver capacidades de atratividade e competitividade dos centros urbanos	<i>Cooperação entre serviços de saúde com perfis funcionais idênticos</i> para obtenção de economias de escala e troca de experiências numa ótica de qualificação e aprofundamento de especializações	Padrão territorial de distribuição de cuidados de saúde primários, secundários e terciários no contexto do sistema urbano
			Promover a complementaridade funcional interurbana (massa crítica em rede) Estimular uma cultura de cooperação estratégica interurbana (articulação com a dimensão <i>governança territorial</i>)	<i>Cooperação entre serviços de saúde com perfis complementares de especialização funcional</i> para obtenção de economias de escala e de gama numa ótica de diversificação de especializações <i>Articulação entre serviços de saúde e outros serviços</i> (e.g. partilha de recursos)	Fluxos de utentes entre centros urbanos na procura de serviços de saúde Partilha de cuidados e informação médica: mobilidade (ligações infraestruturais e de transportes) e conectividade (TIC) Oferta de meios de acesso diferenciados aos utentes: mobilidade (pessoas/serviços) e conectividade (TIC) Padrão territorial de especialização de serviços de saúde (relação entre o padrão territorial de distribuição de cuidados de saúde e o padrão territorial de distribuição de outros serviços) Dinâmicas de articulação institucional entre agentes de diferentes centros urbanos numa determinada região

	Urbano/rural (<i>parceria urbano-rural</i>)	Integração territorial de proximidade	Reforçar as relações funcionais e o desenvolvimento de redes (fluxos) entre os centros urbanos e as áreas rurais	<i>Cooperação entre os serviços de saúde das áreas rurais e os dos meios urbanos, aumentando os limiares de população servida e garantindo a mobilidade de profissionais (promoção da prática clínica) e a troca de experiências</i>	Padrão territorial de distribuição de cuidados de saúde primários, secundários e terciários em áreas urbanas e rurais
			Desenvolver mecanismos de interdependência e de complementaridade entre centros urbanos e áreas rurais	<i>Articulação entre serviços de saúde e outros serviços numa ótica urbano-rural (e.g. partilha de recursos e oferta integrada de serviços e infraestruturas)</i>	Fluxos de utentes entre as áreas rurais e os meios urbanos na procura de cuidados de saúde (gerais e por especialidade), mas não numa perspectiva isolada (lógica <i>região funcional</i>), permitindo aferir necessidades e opções dos utentes
			Estimular uma cultura de participação em lógicas reticulares sistémicas e de proximidade (articulação com a dimensão <i>governança territorial</i>)		Acessibilidade aos cuidados de saúde por parte da população rural (distância/tempo/custos)
					Mobilidade (pessoas/serviços) e conectividade (TIC) rural-urbano
					Padrão territorial de oferta de serviços à escala local (e.g. partilha de espaço físico para ganhos em economias de gama)
					Dinâmicas de articulação institucional entre agentes de áreas urbanas e áreas rurais

Quadro 7: Referencial de intervenção de políticas de saúde: dimensão Governança Territorial

Componente analítica		Componente de intervenção (Políticas Públicas em geral)		Componente de intervenção (Políticas de Saúde)	
Dimensão	Subdimensões	Finalidade	Objetivos gerais	Orientações	Crítérios-base a considerar
<i>Governança Territorial</i>	Coordenação vertical	Governança multinível	Clarificar e articular a repartição vertical de atribuições e competências (ótica de subsidiariedade)	<i>Formulação de políticas da saúde</i> tendo em conta: orientações internacionais, estratégias nacionais e regionais, capacidade de implementação local	Nível de articulação entre orientações internacionais e a política nacional de saúde
			Melhorar a capacidade de coordenação e governabilidade entre diferentes escalas de intervenção	Desenvolvimento de mecanismos de avaliação e monitorização, quer para assegurar a transparência dos processos de decisão e da afetação de recursos, quer para analisar o impacto das decisões tomadas	<p>Nível de descentralização dos serviços de saúde na formulação de políticas e na prestação de cuidados</p> <p>Nível de participação nos processos de tomada de decisão de agentes de diferentes escalas de intervenção</p> <p>Capacidade de resposta do sistema de saúde às prioridades regionais e locais, quer ao nível dos prestadores, quer ao nível da satisfação e das necessidades dos utentes</p> <p>Existência de mecanismos de avaliação e monitorização</p> <p>Capacidade de informar a população sobre questões relacionadas com a saúde e com os cuidados, bem como de promover a sua participação</p>

	Coordenação horizontal	Cooperação institucional e Coerência de políticas	<p>Desenvolver formas de cooperação entre diversos atores baseada numa visão partilhada sobre um mesmo território</p> <p>Desenvolver formas de discussão e participação ativa dos cidadãos nos processos de tomada de decisão</p> <p>Desenvolver abordagens articuladas, integradas e territorializadas das várias políticas públicas</p>	<p><i>Cooperação entre os próprios agentes de saúde e entre estes e os agentes que lidam com outras áreas de intervenção, designadamente o desenvolvimento territorial (OT+ DRL) (integração organizacional)</i></p> <p><i>Articulação das políticas da saúde com outras políticas sectoriais e com as orientações de base territorial (integração sectorial)</i></p> <p><i>Cooperação entre diferentes territórios numa relação de proximidade (integração territorial)</i></p>	<p>Participação em processos de ação coletiva (e.g. formulação de políticas, desenvolvimento de programas/projetos) a diferentes escalas, quer especificamente no domínio da saúde (articulação de instituições e profissionais de saúde distintos), quer numa lógica multisectorial</p> <p>Criação de processos de comunicação entre diferentes agentes, quer especificamente na área da saúde (articulação de instituições e profissionais de saúde distintos), quer numa lógica multisectorial</p> <p>Dinâmicas de articulação de diferentes áreas de intervenção para a formulação de orientações políticas transversais</p>
--	------------------------	---	---	--	--

Parte III

RELAÇÃO CUIDADOS DE
SAÚDE/TERRITÓRIO:

A PERSPETIVA DOS ATORES

Capítulo 1

ENQUADRAMENTO: BREVE CARACTERIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS

O ponto de partida da dissertação consistiu em sublinhar os enormes desafios que os Serviços de Interesse Geral têm enfrentado, apesar do relevante papel que reconhecidamente desempenham na sociedade, quer contribuindo para o bem-estar dos cidadãos, quer constituindo fator de desenvolvimento económico e de equidade territorial. Entre estes serviços e valores sociais, a saúde (em geral) e os cuidados de saúde (em particular) representam um dos fatores mais fortes de integração social, surgindo habitualmente, como afirma Barros (2013), no topo da lista das principais preocupações expressas pelos portugueses quando respondem a inquéritos sobre o que realmente consideram importante. É certo que, de um modo global, a saúde está associada a um conjunto de determinantes já aqui a florados, como as características e os comportamentos individuais, o ambiente físico e o ambiente socioeconómico, influenciadas portanto por atitudes individuais e coletivas, que vão para além dos cuidados de saúde *per se*. Mas não é menos verdade que a importância que se atribui ao estado de saúde traduz-se num princípio fundamental da sociedade portuguesa, presente, aliás, no art.º 64º da Constituição (Barros, 2013:16): *“quando alguém está doente, e portanto limitado na sua funcionalidade e capacidade de viver, deverá ter a possibilidade de ultrapassar essa situação”*. Por isso mesmo, o acesso aos cuidados de saúde revela-se fundamental para a obtenção de ganhos em saúde, não só numa ótica curativa, mas também do ponto de vista preventivo.

É hoje amplamente reconhecido o papel que o Serviço Nacional de Saúde (SNS) teve e tem na sociedade portuguesa, consolidando a perceção da sua existência enquanto garante dos valores de acesso e da solidariedade social. O debate, porém, tem-se centrado continuamente, com maior ênfase apesar de tudo no passado recente, na sua viabilidade, com as questões económico-financeiras e a sustentabilidade do sistema a dominar a atenção, quer no meio político (com ambiciosos planos de controlo da despesa), quer na arena académica (com a defesa de novos modelos de gestão das instituições de saúde associados a uma alteração do papel das políticas públicas neste domínio). A ideia por muitos defendida é a de que a sustentabilidade financeira do sistema de saúde depende, em grande

medida, da sua privatização (pelo menos parcial), da adoção de critérios de gestão baseados na lógica empresarial e da passagem de um acesso universal e tendencialmente gratuito aos cuidados de saúde para um mecanismo socialmente diferenciador, *“garantindo acesso (mínimo) a cuidados de saúde às pessoas de baixos rendimentos, e fazendo depender de pagamento o acesso a certos tipos de cuidados e de serviços, podendo esse pagamento realizar-se através de seguros ou planos privados de saúde”* (Nunes, 2011:142). Não é de estranhar, por isso, a permanente fricção amplamente difundida pelos meios de comunicação social entre algumas decisões políticas e as expectativas, quer por parte de diversos agentes direta e indiretamente ligados ao sector da saúde, quer e sobretudo por parte dos cidadãos, advogando estes a necessidade de se continuar a garantir os traços que sempre marcaram a responsabilidade pública do SNS. E é natural que esta tensão exista, pois a saúde é um tema que desperta inquietações legítimas e a procura de mais e melhores cuidados prestados às populações.

A presente investigação filia-se nestas preocupações, argumentando que é redutor negligenciar o papel que a dimensão territorial das políticas públicas poderá desempenhar no processo de formulação de políticas de saúde. É certo que não há uma fórmula mágica ou, melhor, soluções fáceis que garantam um sistema de saúde que, de forma equilibrada, procure prestar cuidados equitativos e, simultaneamente, ser mais eficiente (realizando, consequentemente, poupanças de despesa). Mas também é verdade que as opções a serem tomadas podem e devem ser baseadas em informação mais concreta e territorialmente contextualizada, levando em consideração algumas dimensões analíticas que tendem a ser marginalizadas ou vistas de uma forma não integrada. Esta terceira parte tem o propósito de motivar a discussão sobre os processos de tomada de decisão no domínio das políticas de saúde à luz da sua relação com a componente territorial, confrontando o quadro concetual desenvolvido na secção teórica da dissertação com uma reflexão analítica mais precisa do que se passa no contexto português e, por essa via, efetuando um contributo adicional para a compreensão do fenómeno em estudo.

Ora, estudar e refletir sobre este fenómeno no contexto português pressupõe perceber o funcionamento e a organização do sistema nacional de saúde. É sobre esta questão que este capítulo se debruça, não de uma forma exaustiva – já existe uma extensa bibliografia recente que foca especificamente esta questão (e.g. Campos, 2008; Simões e Dias, 2010; Campos e Simões, 2011; Barros et al, 2011) –, mas sumária o suficiente para tornar as observações efetuadas nos capítulos subsequentes mais legíveis e compreensíveis.

O sistema de saúde português tem por base um Serviço Nacional de Saúde (SNS)⁹¹, modelo de *beveridge*⁹², a que tem acesso toda a população portuguesa por via de preceito constitucional (Boquinhas, 2012). A caracterização da organização do SNS não é automática e muito menos simples. O trabalho produzido por Barros et al (2011) para a OCDE é, porventura, o que melhor e mais exaustivamente o faz. Apesar de tudo, reproduz-se aqui a caracterização efetuada por Barros (2011:52-53) sobre o esqueleto base da prestação de cuidados de saúde, na medida em que consegue fazê-lo de um modo suficientemente acessível e claro para que se perceba a sua mecânica: *“De uma forma simples, a melhor forma de caracterizar o SNS é considerar uma estrutura básica constituída por entidades prestadoras de cuidados de saúde primários e hospitais que prestam cuidados de agudos. A esta estrutura central foi adicionada recentemente a componente de cuidados continuados. O princípio básico orientador da organização da prestação de cuidados pelo Serviço Nacional de Saúde é o de cada pessoa ter um médico de família, ao qual recorre quando sente precisar de cuidados de saúde. O médico de família orienta então o doente no sistema de saúde, seja tratando-o, seja referenciando-o para tratamento especializado (nomeadamente em ambiente hospitalar). Naturalmente, situações agudas de emergência acedem directamente ao nível de cuidados adequado (as urgências hospitalares). À saída do hospital, o doente ou é de novo inserido na comunidade, sendo seguido pelo seu médico de família, ou recorre a cuidados continuados, de forma permanente ou temporária, consoante a situação. Idealmente, o médico de família tem também uma atitude pró-activa de manutenção e prevenção da saúde das pessoas que lhe estão associadas. Só referencia para tratamento especializado quando tal é a melhor solução”*.

O próprio autor reconhece, porém, que a realidade tem transmitido uma situação bem distinta e bem mais complexa. Com efeito, a configuração atual do sistema de saúde é, em grande medida, determinada pela sua própria história, pelo que discutir o fenómeno em estudo e lançar pistas para o futuro implica, também, um melhor conhecimento da evolução das políticas e do sistema nacional de saúde.

A história das políticas de saúde em Portugal é marcada por diversas reformas, com especial ênfase a partir de 1970, década, sublinhe-se, marcada por um reforço da intervenção do Estado nas políticas da saúde (Simões e Dias, 2010). Com efeito, até então, a saúde era constituída por várias vias sobrepostas (OPSS, 2001), que decorriam da (tentativa de) organização dos serviços prestadores de cuidados de

⁹¹ Apesar de ser uma peça fundamental e sua componente estruturante, o sistema de saúde português não se resume ao SNS, existindo também outras componentes, como os designados subsistemas de saúde públicos e privados e, ainda, várias entidades prestadoras de cuidados, como as misericórdias, as associações mutualistas, as instituições particulares de solidariedade social e os próprios prestadores privados com fins lucrativos (Boquinhas, 2012).

⁹² De acordo com Simões (2009), o caso português encontra as suas raízes no serviço nacional de saúde inglês, que se desenvolve em 1948 e estabelece um modelo com base na responsabilidade do Estado pela prestação de serviços gerais de saúde e na afirmação do princípio do acesso igual para todos os cidadãos. Com efeito, este modelo baseia-se no princípio da cobertura universal, com financiamento obrigatório por via dos impostos, cuja gestão institucional é pública, podendo a prestação ser pública ou, cada vez mais, contratualizada.

saúde então existentes através da Lei n.º 2011, de 2 de Abril de 1946, transmitindo-se a ideia de que o Estado não era responsável pela prestação de assistência na doença, incidindo a sua intervenção basicamente ao nível dos serviços de Saúde Pública, vocacionados para a proteção da saúde (vacinação, proteção materno-infantil, saneamento ambiental). Na verdade, este posicionamento do Estado remonta ao início do século XX, em que, com forte influência de organismos e instâncias internacionais – o combate às doenças infecciosas e parasitárias, a má nutrição e a falta de higiene alimentar e pública eram preocupações transversais a diversos estados-nação –, se avança com um conjunto de diplomas para a construção das bases do movimento da saúde pública, marcando a que foi conhecida como a *reforma de Ricardo Jorge* (Simões e Dias, 2010; Boquinhas, 2012). A prestação de cuidados estava, pois, relegada sobretudo para as Misericórdias, que ocupavam um lugar de relevo na saúde, gerindo grande parte das instituições hospitalares e outros serviços de saúde por todo o País. Contudo, não obstante o papel meritório destas instituições centenárias de solidariedade social em prestar assistência aos mais necessitados, o seu desenvolvimento ao nível da prestação de cuidados era, apesar de tudo, muito elementar. Sendo assim, o Estado assumia um papel supletivo na prestação de cuidados, disponibilizando hospitais gerais e especializados nos grandes centros urbanos (Lisboa, Porto e Coimbra) e prestando cuidados médicos em regime ambulatorio aos beneficiários da Federação de Caixas de Previdência, criada em 1946, através dos Serviços Médico-Sociais (*postos das caixas*). A completar este quadro encontrava-se a prestação de cuidados por intermédio de serviços privados, dirigidos essencialmente aos estratos socioeconómicos mais elevados (OPSS, 2001).

Em 1971 dá-se uma importante mudança no âmbito das políticas de saúde em Portugal, originando a então designada *reforma de Gonçalves Ferreira* que viria a marcar as opções doutrinárias para as décadas seguintes (Campos e Simões, 2011). Com efeito, é através do Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de Setembro, que se especifica que é ao Estado, pelo Ministério da Saúde e Assistência, que incumbe a definição da política de saúde e assistência social, uma política que visa garantir o direito à saúde (Viegas et al, 2006), abandonando-se, por conseguinte, a referência à benevolência e ao primado das instituições particulares para diluírem os problemas de saúde das populações (Campos, 1983). Reforçou-se, deste modo, a intervenção do Estado no domínio das políticas de saúde, conferindo simultaneamente maior prioridade à ótica da promoção da saúde, um aspeto então inovador, o que daria lugar à criação da primeira geração de centros de saúde vocacionada particularmente para este domínio de intervenção (Campos e Simões, 2011).

De forma similar a outros sectores, também a saúde viria a contemplar as alterações decorrentes da Revolução que se desencadeou a 25 de Abril de 1974. Em primeiro lugar, a Constituição de 1976, por intermédio do seu art.º 64º, afirmaria, não só que todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover, como também que o direito à proteção da saúde é realizado pela criação de um

serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito. Para tal, incumbiria ao Estado garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação, bem como uma racional e eficiente cobertura médica e hospitalar de todo o país. Em segundo lugar, verificou-se também neste período pós-revolucionário a oficialização de uma parte das entidades não estatais prestadoras de cuidados⁹³, nomeadamente de hospitais distritais e concelhios pertencentes às Misericórdias, bem como a reconversão de alguns hospitais especializados (vulgo sanatórios) em hospitais centrais, representando um ganho substancial em número de camas (Campos, 1986). Em terceiro lugar, é publicado em 1978 aquele que viria a ser conhecido pelo *Despacho Arnaut* – Diário da República, 2.ª série, de 29 de Julho –, abrindo o acesso aos Serviços Médico-Sociais a todos os cidadãos, independentemente da sua capacidade contributiva. Esta universalização do acesso aos cuidados de saúde constituía uma novidade e uma clara rutura com a prática vigente até então: quem não estivesse coberto pela Previdência, pela ADSE ou por um dos diversos subsistemas de saúde (forças militares e militarizadas, Ministério da Justiça, bancários e grandes empresas) só poderia ser assistido mediante a realização de um *inquérito assistencial*, que classificaria o indivíduo como pensionista (que teria recursos para pagar as despesas médicas/hospitalares), porcionista (que só poderia pagar uma porção das despesas médicas/hospitalares) ou indigente (que não tinha recursos para pagar as despesas médicas/hospitalares) de acordo com a sua situação económica e social (Campos, 2008).

Se, do ponto de vista da sociedade portuguesa em geral, o período que decorre de 1974 ao final da década corresponde à implantação da democracia, no que respeita ao caso específico da saúde este período corresponde, em grande medida, à consolidação normativa do SNS. Após uma tentativa falhada, dois anos depois da Constituição de 1976, em lançar um serviço nacional de saúde como aí previsto, com uma oposição forte dos partidos mais à direita e da Ordem dos Médicos (considerando-a uma medida contra os princípios da liberdade individual e da medicina liberal⁹⁴), é então aprovada, em 1979, a Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro, que cria o SNS (Campos, 1986; Campos e Simões, 2011). Ficam, assim, criadas formalmente as condições para a existência de um serviço nacional com uma cobertura mais ampla e equitativa dos cuidados financiados pelo Estado, proporcionando aos cidadãos o usufruto do direito à saúde, universal, geral e gratuito, independentemente das suas capacidades económicas. Refira-se que a escolha deste modelo de SNS para o sistema de saúde português assimilou

⁹³ De acordo com Campos (1986), uma das consequências diretas da nacionalização/oficialização, para o pessoal das instituições, foi a sua passagem ao estatuto de funcionário público, com reflexos no aumento médio dos vencimentos do pessoal que trabalhava em hospitais de Misericórdias, que vencia ordenados inferiores aos da Função Pública (uns e outros, sublinhe-se, abaixo do salário mínimo nacional fixado em Maio de 1974).

⁹⁴ O associativismo médico propunha com alternativa um sistema de saúde baseado na *medicina convencional* (isto é, financiamento público da medicina privada) como forma de melhor assegurar, quer o acesso da população aos cuidados de saúde, quer condições de trabalho e remuneração aceitáveis para os médicos (OPSS, 2011).

muito das características do modelo seguido no Reino Unido, matriz dita *beveridgeana* também vigente em Itália, Espanha, Grécia e nos países nórdicos. Campos (2008) argumenta que esta foi uma escolha acertada em detrimento de outras possíveis opções, como um sistema de seguro terceiro-pagador (que contrata ou convenciona a prestação de serviços com fornecedores de serviços vários, público, particular ou privado), um sistema de saúde convencionado (financiado pela segurança social, através de quotizações retiradas da produção nacional, indexadas sobre a massa salarial), um sistema do tipo *bismarckiano*, vigente em países como a Alemanha ou a Bélgica (caracterizado pela separação nítida entre quem financia ou paga os cuidados e quem os presta). E foi uma escolha acertada, como refere o mesmo autor, porque é um sistema que se caracteriza por beneficiar todos os cidadãos independentemente da sua situação económica, que é pago por impostos e não por quotizações indexadas sobre rendimentos do trabalho, que visa cobrir todos ou quase todos os riscos e eventualidades, que se alarga a todo o território independentemente da existência de utentes com capacidade de pagar e em que a maioria das prestações fica a cargo de serviços públicos, cabendo ao sector privado um papel complementar.

É importante lembrar que as alterações contempladas no decorrer desta década contribuíram para aumentar significativamente a acessibilidade aos cuidados de saúde (Campos, 1986). O próximo quadro ilustra o progresso verificado neste período em alguns indicadores referentes à cobertura e à utilização de cuidados de saúde.

Quadro 8: Evolução de indicadores de cobertura e de utilização, 1970-1980

Indicadores	1970	1975	1980
População coberta por esquemas de seguro-doença (Previdências, ADSE, subsistemas sectoriais)	56,0	79,0	100,0
Consultas por hab/ano em Postos Médicos dos SMS	1,6	2,1	2,2
Hospitalizações por 1000 hab/ano (hospitais gerais)	61,0	69,6	72,0
Partos ocorridos em hospitais (%)	37,6	61,1	87,0
Urgências hospitalares por 1000 hab./ano	10,7	22,5	43,7

Fonte: Campos (1986)

Do mesmo modo, uma análise dos indicadores mais usados para caracterizar os níveis de saúde da população mostra o significativo progresso verificado neste período no que respeita à saúde (Quadro 9).

Quadro 9: Evolução de indicadores de saúde, 1970-1980

Indicador	1970	1975	1980
Mortalidade infantil (por 1000 nv)	55,5	38,9	24,3
Mortalidade perinatal (por 1000 n)	38,9	31,9	25,5
Esperança de vida à nascença (H e M)	67,4	68,9	72,7
Esperança de vida aos 60-64 anos (H e M)	17,4	17,7	18,8

Fonte: Campos (1986)

É certo que é difícil fazer uma relação direta entre as mudanças ocorridas na organização dos serviços de saúde e as melhorias em saúde da população⁹⁵. As alterações das condições sociais e económicas também visíveis neste período contribuíram, por maioria de razão, para que tal acontecesse. Contudo, como refere Campos (1986:602), *“apesar das reservas feitas, não deve haver dúvidas de que a extensão, profundidade e qualidade dos cuidados a cargo do sistema organizado influenciaram a saúde das populações”*.

À melhoria destes indicadores não se pode dissociar o facto de terem sido afetos à saúde recursos que até então não se dispunha. Com efeito, a responsabilidade do Estado nas despesas em saúde aumentou consideravelmente (Campos e Simões, 2011): de 1974 a 1980 Portugal elevou os gastos totais em saúde em cerca de 40%, correspondendo a um aumento médio anual de quase 6%, valores substancialmente disparem da média da Europa comunitária de então, com 20% e 3,7% respetivamente. Porém, é preciso ter em atenção que este maior investimento em saúde efetuado em Portugal também se deveu às diferenças consideráveis existentes à data no que respeita à oferta de cuidados de saúde. Por outro lado, os gastos públicos totais em % do PIB (que aumentaram neste período de 2,9% para 4,3%) mantiveram-se, apesar de tudo, sempre abaixo da média comunitária (Campos, 1986).

As décadas de 80 e 90 correspondem a uma alteração do ponto de vista ideológico na forma como a saúde e os cuidados de saúde deveriam ser considerados dada a necessidade de repensar a sustentabilidade do sistema de saúde. Com efeito, as crises económicas verificadas no final da década de 1970 *“marcaram o fim de um período de considerável crescimento económico e rápida expansão dos sistemas de proteção social na Europa”* (OPSS, 2011:13), colocando em causa e em discussão a viabilidade dos regimes de bem-estar. Por isso mesmo, foram também postos em causa os sistemas de saúde vigentes nestes contextos, de matriz *beveridgeana* (OPSS, 2001):

- Os seus modelos de financiamento foram considerados inadequados, advogando-se por isso um aumento do financiamento privado (maior contribuição do orçamento das famílias);

⁹⁵ A este propósito, Campos (1986) refere que a ligação entre a atividade ou produção desenvolvida pelos serviços de saúde (*output*) e os resultados medidos por indicadores sanitários (*outcome*) continua a ser um dos pontos de mais difícil interpretação na administração de saúde.

- Os procedimentos de responsabilização pela utilização dos recursos coletivos foram considerados pouco rigorosos, propondo-se assim uma clara separação entre o financiador e o prestador de cuidados de saúde;
- Os serviços de saúde foram considerados ineficientes, defendendo-se por isso a introdução de mecanismos de competição e de mercado no sistema prestador, que por sua vez deveria ser facilitado por um maior peso do sector privado na prestação de cuidados de saúde.

Ora, as opções políticas adotadas em Portugal neste período fazem parte de mudanças comuns inseridas em dinâmicas internacionais com vista à alteração do papel do Estado na sociedade (em geral) e na saúde (em particular). Esta situação foi visível logo em 1980, com o Governo da Aliança Democrática, que vencera as eleições legislativas no final do ano anterior, a suspender alguns dos diplomas antes publicados e que preenchiam o desenho organizativo da Lei do SNS (Simões e Dias, 2010). Embora comesçassem, assim, a criar-se condições para se desenhar uma alternativa ao SNS, a revisão constitucional de 1976, porém, não veio a alterar o princípio da criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito, pelo que as obrigações constitucionais impuseram limites aos projetos de extinção do SNS (Simões e Dias, 2010).

Apesar de tudo, este foi um período propício a debates sobre a reforma do sistema de saúde na procura de um papel mais ativo do sector privado e uma orientação empresarial do SNS, à semelhança de outras reformas encetadas em diversos países europeus num registo de procura de ganhos de eficiência (Simões e Dias, 2010). Os resultados foram claramente visíveis em 1990 e 1993, anos em que é aprovada a Lei de Bases de Saúde (Lei 48/90 de 24 de Agosto) e é publicado o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (Decreto-Lei n.º 11/93 de 15 de Janeiro), que se inserem, na generalidade, nos traços acima referidos (Campos, 2001): os cidadãos são agora considerados os primeiros responsáveis pela própria saúde, as entidades privadas e os profissionais liberais são reconhecidos como elementos integrantes do sistema de saúde, bem como da rede nacional de prestação de cuidados, e aos profissionais do SNS passa a ser permitido exercer atividade privada. Por outro lado, estas normativas visavam também a articulação e descentralização de cuidados, possibilitando a criação de unidades de saúde e agrupando territorialmente hospitais e centros de saúde. A estrutura dos serviços centrais fica, pois, desconcentrada para administrações regionais de saúde, com áreas geográficas de influência quase coincidentes com as comissões de coordenação regional (Campos, 2001). No entanto, e em bom rigor, embora com a Lei de Bases tenham sido postos em causa três princípios inerentes ao SNS – responsabilidade estatal pela proteção da saúde, gratuidade e forma de financiamento e natureza da entidade prestadora de cuidados (Baganha et al, 2002) –, no período subsequente não se registaram alterações significativas na aplicação da maioria das medidas legislativas propostas (Campos e Simões, 2011).

É nesta fase que ocorre, também, a revisão constitucional de 1989, alterando a expressão *gratuidade* do SNS por *tendencialmente gratuito*. Portanto, se previamente à revisão o Tribunal Constitucional já considerava a aplicação de taxas moderadoras compatível com a exigência de gratuidade⁹⁶, “*agora a maior flexibilidade da norma constitucional determinaria o alargamento da margem de conformação anteriormente reconhecida ao legislador ordinário*” (Simões e Dias, 2010:181).

No final da década de 1990 verifica-se o diminuir da aposta em *mais mercado* no sistema de saúde, com o recuo no discurso de privatização do SNS (Vieira da Silva, 2012), embora não fosse atribuída a prioridade política que se esperava à saúde quando comparada com outros sectores (Campos e Simões, 2011). Este período insere-se numa conjuntura global das políticas sociais de *reinventar a governação*, como referido pelo OPSS (2001), em que se reconhece a necessidade de dar mais atenção às pessoas e menos às organizações e de incorporar alguns dos dispositivos de gestão ensaiados durante o período anterior, mas agora em circunstâncias diferentes. É neste contexto que, segundo Campos e Simões (2011), é apresentado em 1997 (e revisto em 1999) pelo Ministério da Saúde o documento “Saúde, um Compromisso. A Estratégia de Saúde para o virar do Século (1998-2002)”, em que se destacam: a contratualização (enquanto ferramenta promotora de uma nova relação entre contribuintes, agentes financiadores de serviços e prestadores de cuidados), a reforma da gestão dos centros de saúde (agora de 3ª geração, com maior dimensão mas funcionando com pequenas equipas multidisciplinares, o que permitia considerar critérios explícitos de desempenho) e dos hospitais (com estatuto e gestão públicos mas com regras privadas na gestão de recursos humanos e nas aquisições de bens e serviços) e a remuneração dos profissionais de saúde associada ao desempenho.

De referir, ainda neste período, o estabelecimento do regime dos Sistemas Locais de Saúde (Decreto-Lei n.º 156/99, de 10 de Maio) que, ao substituírem a ideia de unidades integradas de cuidados de saúde criadas no âmbito do Estatuto do SNS em 1993, procuram tornar mais efetiva a articulação, não só entre os centros de saúde e os hospitais, mas também entre estes e outros serviços e instituições com intervenção no domínio da saúde. No fundo, a ideia consiste em obter ganhos em saúde e melhorar o acesso dos cidadãos aos serviços de saúde através da racionalização dos recursos existentes numa determinada área geográfica. É também ainda neste período que surge a primeira Unidade Local de Saúde (a ULS de Matosinhos em 1999) com a intenção de assegurar uma gestão coordenada de um hospital e dos centros de saúde que se referenciam, de forma a articular cuidados primários com

⁹⁶ Em finais de 1981, o Governo decreta a introdução de taxas moderadoras, começando os utentes das consultas dos postos dos SMS a pagar uma pequena quantia por consulta e alargando-se as taxas moderadoras a outras prestações de serviços tais como hospitalização, urgências, consultas hospitalares, meios auxiliares e complementares de diagnóstico e medicamentos (Abreu, 2003).

cuidados diferenciados e, assim, melhor permitir satisfazer as necessidades da população (Barros, 2011).

O final da década de 1990 fica similarmente marcado pela aposta política em sistemas de informação aplicados na área da saúde, verificando-se um grande investimento designadamente na transferência eletrónica de dados (Cardoso et al, 2007). É neste contexto que surgem, através do Instituto de Gestão Informática e Financeira (IGIF), organismo entretanto extinto tutelado pelo Ministério da Saúde, os sistemas operativos SONHO (Sistema de Gestão de Doentes Hospitalares) e SINUS (Sistema de Informação para as Unidades de Saúde) e o próprio cartão de utente do SNS, tornado obrigatório em 2000. De acordo com Cardoso et al (2007), em 1999, estes sistemas operativos eram já referência a nível nacional, pese embora as diversas críticas transmitidas pelos profissionais de saúde. A procura de uma atualização tecnológica destes sistemas conduziu ao lançamento do SAM (Sistema de Apoio ao Médico) e do SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem), testados em alguns estabelecimentos a partir de 2002 (Espanha, 2013). Para além destes sistemas de informação, mais direcionados para a gestão das instituições, procurou também apostar-se na utilização das TIC como ferramentas de apoio à articulação e continuidade da prestação de cuidados aos utentes, úteis para a reforma associada ao aparecimento da já mencionada ULS de Matosinhos, mas que foi particularmente visível posteriormente no desenvolvimento da Rede Telemática da Saúde (RTS) em Aveiro em 2004 (Espanha, 2013). Já do ponto de vista infraestrutural, sublinhe-se o desenvolvimento ainda na década de 1990 da Rede de Informação da Saúde (RIS), rede privada multimédia do ministério, mas gerida pelo IGIF, a interligar as diversas redes locais existentes que, por sua vez, conectam os computadores de qualquer instituição (Cardoso et al, 2007)⁹⁷.

Segundo Simões e Dias (2010), o início do século fica claramente marcado pela procura de eficiência por intermédio do desenvolvimento de um sistema misto assente numa ideia de complementaridade entre os sectores público, social e privado, uma nova visão que baseava a organização do sistema de saúde na articulação de redes dos três níveis de cuidados (primários, diferenciados e continuados), sem que o SNS constituísse o modelo de preferência. Destaque-se, aqui, a nova Lei de Gestão Hospitalar (Lei n.º 27/2002 de 8 de Novembro) que, alterando algumas questões da Lei de Bases da Saúde de 1990, amplia a tipologia dos hospitais (em termos de figura jurídica) que integram a rede de prestação de cuidados de saúde (hospitais do sector público administrativo, hospitais entidades públicas empresariais, hospitais-sociedades anónimas de capitais públicos e estabelecimentos privados, com ou

⁹⁷ A partir do início do século, observou-se, de modo geral, um investimento na área das TIC aplicadas à saúde, “uma tendência resultante da necessidade crescente de aplicações e sistemas de informação que optimizem os processos de cuidados prestados à comunidade, sejam eles de ordem clínica ou administrativa” (Espanha, 2013:39). No entanto, segundo a mesma autora (2013:39), “este investimento parece não assumir o mesmo modelo operacional em cada instituição, incorrendo-se no risco de criar pequenas ilhas com desenvolvimentos e capacidades díspares incapazes de comunicar entre si e criar sinergias e economias de escala e de uso”.

sem fins lucrativos) e alarga o regime laboral aplicável aos profissionais do sector, baseado em contratos individuais de trabalho (Ferreira, 2003). No contexto deste período, Simões e Dias (2010:183) fazem o seguinte comentário: *“como corolário deste recuo do Estado na prestação de serviços públicos, foi criada, em 2003, a Entidade Reguladora da Saúde, tendo como objetivos centrais garantir a universalidade no acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde e promover a adopção de regras adequadas de concorrência entre os operadores”*.

Esta combinação público-privada é analisada por Campos (2008) do ponto de vista do financiamento, procurando saber em que proporção o sectores público e privado pagam os cuidados de saúde. Com efeito, o que se verifica para o período de 1990 a 2005, em Portugal, é uma tendência no sentido de um aumento do peso do financiamento público da saúde, subindo de 65,5% para 73%, verificando-se, ao invés, uma diminuição do financiamento privado de 34,5% para 27%. De acordo com Campos (2008:145), esta situação decorre essencialmente do facto de o sistema se ter tornado *“mais universal, mais público, tendo como consequência provável um aumento do número de portugueses que a ele recorrem exclusiva ou parcialmente. Esta evolução é importante se tivermos em conta que, em 1970, a parte dos gastos privados nos gastos totais em saúde era de 41,7%”*.

Em 2005 entra-se num período em que se procura combinar a manutenção dos princípios ideológicos subjacentes ao SNS com o garante de ganhos de eficiência (Simões e Dias, 2010). Neste contexto, um novo estatuto legal é adotado para os hospitais públicos, os centros de saúde voltam a ganhar visibilidade (com a criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde – ACES e das Unidades de Saúde Familiares – USF) e é criada uma rede de cuidados continuados integrados (RNCCI) para lidar particularmente com casos em que a dependência do paciente não requer tratamento em hospital de agudos (Simões e Dias, 2010).

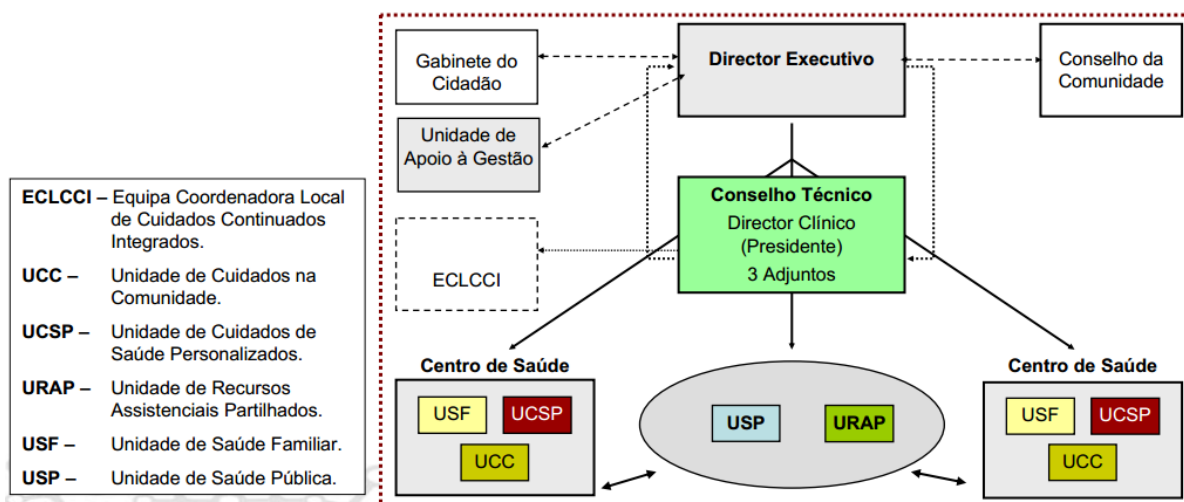
As modificações mais relevantes do ponto de vista da gestão hospitalar ficaram essencialmente associadas à passagem dos hospitais-sociedades anónimas de capitais públicos (SA) para a figura de entidades públicas empresariais (EPE). Contudo, segundo Barros (2011:54), a mudança de estatuto foi sobretudo um sinal de natureza política (assinalando a não intenção de privatização), não se verificando na prática *“diferenças substantivas em termos de modelo de financiamento ou mesmo de organização, objectivos e instrumentos disponíveis”*.

No que concerne ao caso dos cuidados de saúde primários, a reforma surgiu essencialmente com o objetivo de ultrapassar as debilidades até então existentes (Campos, 2008): recursos consideráveis (cobrindo quase todo o território nacional) mas subaproveitados, cerca de 15% dos inscritos nos centros de saúde (ou seja, para cima de 700 mil cidadãos) não dispunham de médico de família, quase 1/5 das consultas correspondiam a atividade não programada (serviço de atendimento permanente ou

para quem não tem médico de família) e um número elevado de inscritos (33%) não frequentavam os centros de saúde (indo diretamente às urgências, às consultas externas dos hospitais ou a prestadores privados). Acresce, segundo Pisco (2011), que os centros de saúde são, paradoxalmente, desmedidamente grandes para a prestação de cuidados, tendo em conta a proximidade e a qualidade que se requer, e demasiado pequenos para a obtenção de ganhos em economias de escala e melhorias da gestão. A criação das USF insere-se neste contexto, tendo como principal missão *“manter e melhorar o estado de saúde das pessoas por ela abrangidas, através da prestação de cuidados de saúde gerais, de forma personalizada, com boa acessibilidade e continuidade, abrangendo os contextos sócio-familiares dos utentes”* (Campos, 2008:92) e obedecendo aos seguintes princípios (Pisco, 2011): pequenas equipas multiprofissionais e auto-organizadas, autonomia organizativa funcional e técnica, contratualização de uma carteira básica de serviços, meios de diagnósticos descentralizados e, ainda, sistema retributivo que premeie a produtividade, acessibilidade e qualidade. De salientar, ainda, que a criação das USF é efetuada por um processo voluntário da base para o topo, implicando o total envolvimento dos profissionais de saúde, na medida em que fazem a escolha da própria equipa, definem um plano de ação e têm autonomia organizacional e de gestão em função de objetivos (Pisco, 2011).

Com o objetivo de conduzir o projeto global de lançamento, coordenação e acompanhamento da estratégia de reconfiguração dos centros de saúde e implementação das USF, foi então criada, na dependência direta do Ministro da Saúde, a estrutura de Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP). Para além de centrar a atenção nas USF, a MCSP visou reconfigurar os centros de saúde através também da criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), *“promovendo a agregação de recursos e estruturas de gestão, eliminando concorrências estruturais, obtendo economias de escala”* (Pisco, 2011:2845). Estes agrupamentos devem considerar, em regra, um critério populacional que corresponda a um número de pessoas residentes entre 50 a 200 mil, tendo por base uma estrutura assente em cinco tipos de unidades funcionais organizadas em rede – unidades de saúde familiar, unidades de cuidados de saúde personalizados, unidades de cuidados na comunidade, unidades de saúde pública e unidades de recursos assistenciais partilhados – e uma unidade de apoio à gestão (Fig. 5). Criavam-se, assim, as condições para permitir que a tomada de decisões a este nível se deslocasse dos 18 serviços distritais (sub-regiões de saúde) para estas novas entidades (ACES).

Fig. 5: Estrutura orgânica dos ACES



Fonte: Pisco (2007)

Importa ainda mencionar que esta ênfase política nos cuidados de saúde primários conduziu, através do mesmo diploma legal que criava os ACES (Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro), à criação dos Conselhos da Comunidade, plataformas de ação intersectorial, constituídas por diversas estruturas locais (autarquias, segurança social, escolas, instituições de solidariedade social, equipas de voluntariado social, prestadores de cuidados), com o intuito de auxiliar e dar parecer sobre as decisões em saúde⁹⁸. Por outro lado, e nesta linha de articulação interinstitucional, começam a colocar-se em prática algumas Estratégias Locais de Saúde (ELS) desenvolvidas em centros de saúde⁹⁹. Iniciadas com o desenvolvimento do Plano Nacional de Saúde¹⁰⁰ 2004-2010, incorporando a filosofia dos já referidos Sistemas Locais de Saúde e partindo da premissa de que “a saúde de uma comunidade é influenciada por uma vasta rede de causas e efeitos que atravessa transversalmente várias categorias de problemas de saúde” (Santos et al, 2010:8), as ELS “correspondem a um instrumento de base populacional, liderado pelos serviços de saúde e envolvendo os

⁹⁸ Ainda que não específico do domínio da saúde, importa também mencionar, no âmbito da procura de articulação intersectorial que caracteriza este período, a aposta na Rede Social (em geral) e nos Conselhos Locais de Ação Social (em particular) que, embora criados pela Resolução de Conselho de Ministros n.º 197/97, de 18 de Novembro, foram regulamentados pelo Decreto-Lei n.º 115/2006, de 14 de Junho. A importância dos CLAD para estas questões é visível a dois níveis: porque promovem a participação de diversos atores em torno de processos de desenvolvimento local e porque a saúde é um dos domínios que mais de perto se tendem a ligar com os objetivos centrais da rede (para um aprofundamento destas questões, consultar Matos, 2013).

⁹⁹ Foi em 2006, por intermédio de uma iniciativa do então Alto Comissariado da Saúde em parceria com a Universidade Nova de Lisboa - Escola Nacional de Saúde Pública e com o apoio das Administrações Regionais de Saúde, que se iniciaram as experiências piloto de cinco ELS (Santos et al, 2010): Concelho de Arraiolos, Concelho de Faro, Concelho de Almada, Concelho de Santa Marta de Penaguião, e na área de abrangência do Centro de Saúde Norton de Matos, em Coimbra.

¹⁰⁰ “O Plano Nacional de Saúde identifica as prioridades, as quais podem englobar um conjunto de programas de saúde. Constitui uma peça fundamental de referência na tomada de opções políticas, no sentido de diminuir as desigualdades em saúde com especial impacto nas populações mais vulneráveis” (OPSS, 2012:130).

diferentes parceiros da comunidade. Em cada estratégia local de saúde os serviços de saúde e os seus parceiros devem definir um conjunto limitado e bem seleccionado de metas para obtenção de ganhos em saúde, que incorporem algumas das grandes prioridades nacionais, acrescentando especificidades locais” (Santos et al, 2010:33).

Já em relação aos cuidados continuados, importa referir que estes foram, durante muitos anos, deixados, não só ao sector social e ao sector privado, como também aos próprios hospitais, com situações de internamento, neste último caso, por períodos desmesurados por razões sociais (Barros, 2011). A RNCCI surge neste contexto, essencialmente *“como resposta às novas necessidades sociais e de saúde decorrentes do aumento crescente da esperança de vida e o consequente aumento do envelhecimento da população, à prevalência continuada de situações de cronicidade múltipla, de incapacidade, de pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida e às alterações na organização e dinâmicas familiares com o isolamento dos idosos”* (Lopes et al, 2010). Tendo o sector social como parceiro de excelência, a rede integra diferentes tipologias de resposta – de natureza preventiva, recuperadora e paliativa – a utilizar de acordo com a fase da própria evolução da dependência (Campos e Simões, 2011), sendo o seu acesso decidido, em grande medida, pelas determinações da referenciação dos cuidados hospitalares (Barros, 2011). À semelhança do que ocorreu para os cuidados primários, também aqui foi criada uma unidade de missão (UMCCI) para a coordenação nacional do modelo. Refira-se, ainda, que, embora seja uma iniciativa com poucos anos de existência, Portugal é dos países da UE que menos tem despendido neste tipo de cuidados (Lopes et al, 2010): em 2010, apenas 0,1% do PIB por comparação com uma média de 1,3% do PIB na UE.

Que dizer, então, das despesas em saúde no final deste ciclo? O trabalho apresentado por Rosa (2013) fornece a seguinte informação para o ano de 2010: i) a despesa pública com a saúde em Portugal situa-se abaixo da média da UE (66% vs. 73%), o que significa que a componente privada apresenta um peso relativo maior, com destaque, desde logo, para os valores referentes ao ponto de encontro dos cidadãos com o sistema de saúde (isto é, gastos não reembolsáveis ou *out-of-pocket expenditures*), mas também para os seguros voluntários de saúde, ainda que em bem menor proporção; ii) em função do PIB, a despesa pública com a saúde corresponde a aproximadamente 7%, ligeiramente acima da média da UE; iii) a despesa por habitante em Portugal é inferior à média da EU (pelo que se for tido em conta o facto da despesa pública ser inferior à média europeia significa que a despesa pública per capita é substancialmente menor), bem como o seu crescimento.

O final da década passada assinala o início de um contexto de crise económica e social que tem contribuído para conferir especial visibilidade à situação do SNS e ao debate sobre o seu presente e o seu futuro (Nunes, 2011). Com efeito, o começo da atual década fica marcado pelo conjunto de medidas de austeridade coagidas pelas revisões do Programa de Estabilidade e Crescimento, primeiro,

e pelo programa de assistência financeira externa, depois (Vieira da Silva, 2012). As políticas de saúde neste período ficam, por maioria de razão, inevitavelmente ligadas às medidas incluídas para o sector público (em geral) e para a saúde (em particular) no Memorando de Entendimento assinado em Maio de 2011 com a comissão tripartida, conhecida como *Troika*. Segundo Fernandes e Barros (2012), das medidas estabelecidas para o sector da saúde, algumas são muito concretas, designadamente as dirigidas aos medicamentos, ao passo que outras são mais difusas, como as de imposição de redução de custos, expressa somente como uma percentagem global dos custos. A título exemplificativo, refira-se que um dos temas que adquire maior visibilidade no memorando, especialmente junto da população, consiste no pagamento das taxas moderadoras, prevendo para o efeito a sua revisão substancial. O papel destas taxas tem sido justificado essencialmente por duas razões (Nunes, 2011): por um lado, para desincentivar uma utilização abusiva ou indevida dos cuidados de saúde e, por outro, para fortalecer a ideia de que o acesso aos cuidados deve ser pago em função da condição económica dos utentes, sendo assim possível direccionar mais recursos públicos para os utentes com menores rendimentos. O próximo quadro mostra a evolução dos valores das taxas moderadoras de 2004 a 2012 e a subida substancial que se verificou em 2012. Segundo Fernandes e Barros (2012), a comparação dos montantes praticados em Portugal com os restantes países comunitários revela que as taxas atuais colocam Portugal entre os países com valores mais elevados.

Quadro 10: Valor das taxas moderadoras (2004-2012)

	2004	2006	2007	2009	2011	2012
Urgências						
Hospital Central	6,90 €	8,50 €	8,75 €	9,40 €	9,60 €	20,00 €
Hospital Distrital	6,10 €	7,50 €	7,75 €	8,40 €	8,60 €	15,00 €
Cuidados Primários	2,70 €	3,30 €	3,40 €	3,70 €	3,80 €	10,00 €
Consultas externas						
Hospital Central	4,10 €	4,20 €	4,30 €	4,50 €	4,60 €	7,50 €
Hospital Distrital	2,70 €	2,75 €	2,85 €	3,00 €	3,10 €	7,50 €
Cuidados Primários	2,00 €	2,05 €	2,10 €	2,20 €	2,25 €	5,00 €

Fonte: Fernandes e Barros (2012)

Ainda é cedo para se comentarem as políticas de saúde formuladas neste período mais recente. Apesar de tudo, é possível encontrar no mais recente relatório da OPSS (2013) uma avaliação sumária do último período de governação no domínio da saúde. Nas suas conclusões, o relatório (2013:100) efetua o seguinte comentário geral: *“O OPSS escolheu como título para o RP2013 “duas faces da saúde”, por considerar que estamos em presença de dois mundos que coexistem paralelamente – o oficial, dos poderes, onde se afirma que as coisas vão mais ou menos bem, previsivelmente melhorando a curto prazo; e um outro, o da experiência real das pessoas, em que se assiste a um cada vez maior empobrecimento, a um desemprego crescente, a problemas de acesso a cuidados de saúde e conjuntamente, a uma considerável descrença em relação ao presente e também ao futuro. (...) No último ano da*

governança da saúde, podemos verificar a coexistência dessas duas faces – uma a da gestão dos recursos da saúde, ilustrada através da racionalização e da capacidade para mobilizar recursos financeiros e, uma outra, que representa os efeitos na saúde das pessoas e no sistema de saúde, resultantes da atual conjuntura económica, financeira e social, mas também da ausência de uma base de apoio sólida aos projetos de longo prazo”.

É neste contexto que, no início de 2013, os presidentes das associações médicas e outras personalidades de quatro países – Portugal¹⁰¹, Espanha, Grécia e Irlanda – subscrevem uma carta aberta¹⁰² endereçada aos dirigentes políticos e às autoridades de saúde da Europa¹⁰³, na qual invocam uma rápida inversão das políticas de austeridade para *“urgentemente evitar mais deterioração da saúde e dos serviços de saúde”*. Nela, são apresentados argumentos como a visível diminuição de acessos a serviços de saúde apropriados, a existência de condições de trabalhos deficientes para profissionais de saúde ou a diminuição das verbas necessárias para desempenhos adequados por parte dos serviços públicos ao mesmo tempo que aumentam as necessidades em saúde na comunidade. Esta e outras reações públicas amplamente difundidas pelos meios de comunicação social, que apontam para um agudizar da tensão existente em torno das políticas de saúde, vêm, pois, corroborar o argumento proferido por Barros (2013:95) de que *“em momentos de crise, os serviços de saúde ganham nova centralidade nas preocupações da sociedade. A capacidade de resposta do sistema de saúde, em geral, e do Serviço Nacional de Saúde, em particular, é testada de modo especial em tempos de crise. Aliada a uma pressão de contenção de custos encontra-se uma sensibilidade social acrescida às dificuldades de acesso a cuidados de saúde”*.

Traçadas as principais linhas de orientação que caracterizam o percurso evolutivo do sistema de saúde português, com especial ênfase no SNS, com fases temporais claramente marcantes, importa por fim ter uma noção da atual estrutura orgânica do Ministério da Saúde, ou seja, das entidades que direta ou indiretamente integram e se articulam com este ministério. Na sequência do Plano de Redução e Melhoria da Administração Central (PREMAC), inserido no âmbito da reforma da Administração Pública anunciada pelo XIX Governo Constitucional para cumprir os objetivos de redução da despesa pública, foi publicado o Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de Dezembro, que extingue algumas entidades e reforça o papel de outras que integram o Ministério da Saúde. De acordo com o art.º 1º deste diploma legal, o Ministério da Saúde consiste no *“departamento governamental que tem por missão definir e conduzir a política nacional de saúde, garantindo uma aplicação e utilização sustentáveis dos recursos e a avaliação dos*

¹⁰¹ Em Portugal são signatários: José Manuel Silva, Maria de Belém Roseira, Paulo Mendo, Adalberto Campos Fernandes, Ana Escoval, Constantino Sakellarides, Henrique Barros, Vítor Ramos, Aranda da Silva e Maria Augusta Sousa.

¹⁰² Disponível em http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/open-letter_PT_EN.pdf

¹⁰³ Uma carta, refira-se, amplamente divulgada pelos meios de comunicação de diversos países, como é possível verificar neste *site* da Associação Portuguesa para o desenvolvimento Hospitalar (APDH): <http://www.apdh.pt/node/825>

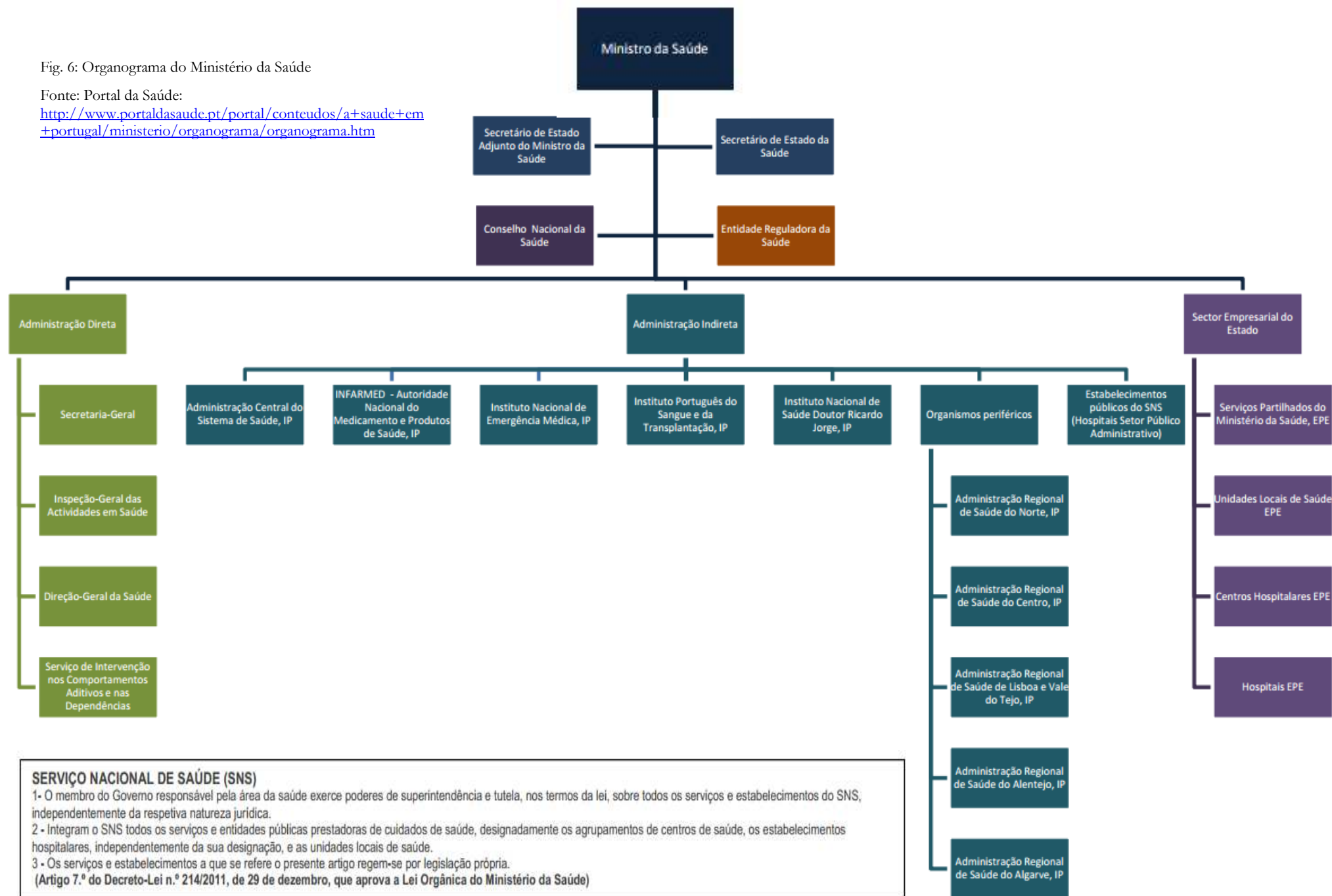
seus resultados”. A prossecução desta missão é efetuada “*através de serviços integrados na administração direta do Estado, de organismos integrados na administração indireta do Estado, de órgãos consultivos, de outras estruturas e de entidades integradas no sector empresarial do Estado*” (art.º 3º), como se poderá constatar através da observação do organograma apresentado na próxima figura.

Finda esta secção de enquadramento da vertente empírica da dissertação, centrada em particular na caracterização do funcionamento e da organização do sistema nacional de saúde, estabelece-se, no próximo capítulo, o registo metodológico que enforma o trabalho prático subsequente.

Fig. 6: Organograma do Ministério da Saúde

Fonte: Portal da Saúde:

<http://www.portaldasauade.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio/organograma/organograma.htm>



Capítulo 2

CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

2.1. Do argumento da tese à abordagem metodológica

Neste ponto procura explicar-se o racional da abordagem metodológica prosseguida, identificando e justificando as escolhas que orientaram o percurso empírico da tese para, no ponto seguinte, descrever-se com maior detalhe os procedimentos utilizados na recolha e análise de informação.

A linha condutora desta investigação ambiciona compreender, por um lado, como a dimensão territorial é considerada na formulação de políticas de saúde e, por outro lado, de que forma a adoção do princípio de coesão territorial na formulação de políticas públicas introduz um outro tipo de racionalidade aos processos de tomada de decisão na afetação (ótica da eficiência) e distribuição (ótica da equidade) de recursos referentes aos cuidados de saúde. Tenta, assim, dar-se um contributo importante, não só do ponto de vista da aquisição de informação e geração de conhecimento teórico sobre a temática em questão, mas também ao nível das recomendações de apoio à formulação e tomada de decisões políticas que articulem os cuidados de saúde e a dimensão territorial (por intermédio do princípio de coesão territorial).

Neste sentido, o desenho do esquema de investigação empírica e o seu desenvolvimento, devidamente cruzados com o quadro concetual analítico construído na parte teórica da dissertação, procuram sustentar e aferir se as políticas de saúde (com particular ênfase na questão dos cuidados de saúde) são formuladas e operacionalizadas tendo em conta a dimensão territorial. Para tal, serão reconstituídos os processos e os critérios que estão na base das decisões tomadas no âmbito das políticas da saúde (em geral) e dos cuidados de saúde (em particular) de forma a, por um lado, perceber *se* e, em caso afirmativo, *como* o princípio de coesão territorial é considerado e, por outro, tentar compreender o efeito que a adoção deste princípio poderá ter nas políticas de saúde.

Por se tratar de um tópico de interesse cujo conhecimento ainda se encontra numa fase embrionária e constituindo a preocupação central em perceber os processos de tomada de decisão, confrontando-se

as lógicas e racionalidades de quem toma e implementa as decisões com o modelo teórico de referência anteriormente produzido – no fundo, como refere Yin (1994), centrando a investigação no *como* e no *porquê* –, o estudo revela-se de natureza exploratória e não afirmativa, procurando-se, por esta via, gerar conhecimento e não testar o conhecimento, identificando fatores relevantes e propondo hipóteses para estudos subsequentes (Marshall e Rossman, 1999). Opta-se, assim, por uma metodologia de abordagem essencialmente qualitativa, baseada na realização de entrevistas conduzidas presencialmente a um conjunto de atores-chave, para se compreender com profundidade o fenómeno social em discussão¹⁰⁴. É extensa a bibliografia que aponta para as entrevistas enquanto uma das formas mais usadas na recolha de informação neste tipo de contextos, permitindo uma forte interação dos intervenientes (investigador e entrevistado) sobre o processo e o contexto em que as experiências em discussão ocorrem, possibilitando compreender a realidade à luz do olhar dos atores. Por isso mesmo, a entrevista extravasa a simples aquisição de informação, consistindo no que Cohen et al. (2007:350) designam por “*social encounter*”. A este propósito, Jones (1985:46) argumenta o seguinte: “*in order to understand the other persons’ constructions of reality, we would do well to ask them...and to ask them in such a way that they can tell us in their terms (rather than those imposed rigidly and a priori by ourselves) and in a depth which addresses the rich context that is the substance of the meanings*”.

São diversas as formas de entrevistas que se podem adotar ao nível da sua estruturação. O trabalho desenvolvido por Cohen et al. (2007) aprofunda esta questão e apresenta um resumo dos diversos modelos que a bibliografia aborda. Porém, de uma forma geral, as entrevistas podem ser *não estruturadas*, envolvendo um processo de recolha flexível e aberto e conduzida com uma orientação não diretiva, *estruturadas*, compreendendo um roteiro previamente definido e perguntas mais de natureza fechada, e *semiestruturadas*, em que é possível orientar o discurso dos entrevistados em torno dos objetivos previamente definidos e, simultaneamente, garantir-lhes uma margem de liberdade confortável para abordar aspetos do seu interesse. Segundo Robson (2002) e Patton (2002:342), que categoriza este modelo como “*interview guide approach*”, embora este tipo de entrevistas exija a elaboração prévia de um guião, que funciona essencialmente como uma bússola norteadora, também permite alterar a ordem das questões, bem como omitir e/ou acrescentar outras que entretanto se julguem pertinentes durante a condução da entrevista.

Esta preocupação metodológica, condicionada pelos objetivos da investigação e pelas características específicas da pesquisa, motivou a realização de entrevistas semiestruturadas a um conjunto de atores-

¹⁰⁴ É possível encontrar na bibliografia sobre metodologias em Ciências Sociais um extenso debate sobre a dicotomia métodos qualitativos *vs.* métodos quantitativos. Não é intenção contribuir-se para este debate no seio desta dissertação, pelo que se seguem de perto as palavras mencionadas por Flyvbjerg (2006:242) a este propósito: “*In my interpretation, good social science is opposed to an either/or and stands for a both/and on the question of qualitative versus quantitative methods. Good social science is problem-driven and not methodology-driven, in the sense that it employs those methods which for a given problematic best help answer the research questions at hand*”.

chave da esfera da decisão pública no domínio da saúde que pudessem, através de um discurso direto, expor os seus argumentos e experiências sobre *se* e, em caso afirmativo, *como* o princípio de coesão territorial é considerado no processo de formulação de políticas de saúde (em geral) e dos cuidados de saúde (em particular) no contexto português. Mais concretamente, a condução desta vertente empírica teve por base três questões de investigação operacionais: *i) Em que medida os princípios e critérios utilizados na formulação de políticas de cuidados de saúde (níveis de decisão nacional e regional) consideram a dimensão territorial? ii) Qual a sensibilidade dos decisores face à relação cuidados de saúde/território nos processos de tomada de decisão? iii) Como se encontram as dimensões integrantes do princípio de coesão territorial a ser observadas na formulação de políticas de cuidados de saúde?*

A definição do público-alvo a entrevistar está, obviamente, ligada à perceção do fenómeno em estudo. Por isso mesmo, para se compreender e interpretar a realidade dos processos de tomada de decisão em saúde e a sua relação com a dimensão territorial, importava assegurar a participação, em primeiro lugar, de personalidades que têm ou tiveram responsabilidades governamentais na formulação de políticas de saúde, isto é, indivíduos que tenham exercido cargos governamentais no Ministério da Saúde, tendo presente o garante da representatividade político-partidária. Mas importava, também, alargar o campo representacional, garantindo o envolvimento de representantes de outras entidades com capacidade decisória ao nível das políticas de saúde. Incluem-se, aqui, responsáveis de entidades direta ou indiretamente ligadas à Administração Central e Regional que, pelo seu cargo e a sua experiência, poderiam alargar o leque de informação e de detalhe sobre os processos de tomada de decisão em saúde.

Esta organização metodológica foi complementada com uma *análise de conteúdo documental*, designadamente de instrumentos programáticos das políticas de saúde. Instrumentos que se, por um lado, influenciam processos de tomada de decisão, por outro, são também fruto das prioridades definidas pelos decisores políticos. Esta abordagem, que na sua natureza segue a mesma linha de pensamento das entrevistas (Stake, 1995), mas acrescenta outras interrogações, visou, quer aferir em que medida a dimensão territorial é objeto de preocupação dos principais instrumentos de política de saúde, quer descortinar as convergências e divergências visíveis entre as orientações de política aí espelhadas e as reflexões e orientações apontadas pelo público-alvo objeto de auscultação acima referido. A condução deste quadro de investigação teve, portanto, por base as seguintes questões de investigação operacionais: *i) Como se encontra a dimensão territorial refletida nos instrumentos programáticos das políticas de saúde? ii) De que forma o conteúdo desses instrumentos reflete os princípios e critérios definidos pelos decisores políticos?*

Efetuada a compreensão global dos processos de tomada de decisão em saúde e aferida a sua relação com a dimensão territorial junto do público-alvo mencionado, por um lado, e analisados os instrumentos programáticos, por outro, procurou igualmente aprofundar-se o conhecimento sobre contextos territorialmente mais específicos e, conseqüentemente, direcionar-se o foco analítico para espaços geograficamente balizados. Assumiu-se, assim, uma metodologia de investigação de *estudo de caso*, abordagem rica do ponto de vista da profundidade da informação a recolher e útil para promover a compreensão de inter-relações complexas cujos contornos concetuais e contextuais não se encontram ainda bem definidos (Stake, 1995), ou, como argumentam (Stark e Torrance, 2005:33), “*case study seeks to engage with and report the complexity of social activity in order to represent the meanings that individual social actors bring to those settings and manufacture in them*”.

Embora a sua utilização possa divergir consoante o objetivo em causa, como referem Stark e Torrance (2005:33), “*case study is not easily summarized as a single, coherent form of research. Rather it is an 'approach' to research which has been fed by many different theoretical tributaries*”, uma das vantagens desta abordagem reside no facto de “*it can “close in” on real-life situations and test views directly in relation to phenomena as they unfold in practice*” (Flyvbjerg, 2006:235). Aliás, Flyvbjerg (2006) acrescenta, a este propósito, que é através deste processo investigativo de aprendizagem que se conseguem compreender as atitudes e as perspetivas que caracterizam os atores sociais.

Três questões assumem particular importância neste contexto. A primeira diz respeito ao número de casos sobre os quais a investigação deve centrar, ou seja, e seguindo as referências de Yin (1994), selecionar um *estudo de caso único* (ou seja, um caso singular) ou optar-se por um *estudo de caso múltiplo* ou *comparativo*? A segunda incide na técnica de recolha de informação, que pode incluir, por exemplo, a observação direta, a descrição de contextos, a realização de entrevistas e/ou a análise de documentos (Stake, 1995). A terceira aponta para o público-alvo a considerar na seleção do caso ou da unidade de análise, que, segundo Tellis (1997:2), mais do que um indivíduo ou grupo de indivíduos deve abranger um sistema de ação: “*The unit of analysis is a critical factor in the case study. It is typically a system of action rather than an individual or group of individuals (...) This means that the researcher considers not just the voice and perspective of the actors, but also of the relevant groups of actors and the interaction between them*”.

De acordo com Yin (1994), a análise comparada de casos é profícua para um melhor entendimento do fenómeno em estudo e da compreensão de como determinados aspetos variam de acordo com contextos distintos. Por isso mesmo, optou-se por incidir a análise em dois estudos de caso. Como a realidade territorial é, ela própria, bastante heterogénea¹⁰⁵, procurou alargar-se o conhecimento sobre espaços territoriais que, à partida, apresentassem condições estruturais de desenvolvimento diferentes

¹⁰⁵ Relembre-se que a discussão em torno da heterogeneidade territorial teve lugar na parte teórica da dissertação.

e, por isso, potenciais geradores de conhecimento adicional para a investigação em curso. Sendo certo que as atuais condições de desenvolvimento possuem “*uma geografia complexa, que dificilmente se compadece com as clássicas, e simplistas, dicotomias entre o Norte e o Sul, o Litoral e o Interior*” (Ferrão, 1998), verificando-se, por exemplo, situações bastante heterogêneas tanto na faixa litoral como na própria faixa interior, não é menos verdade que, de acordo com a informação dos Censos de 2011, o desequilíbrio na distribuição da população pelo território agravou-se, com as dinâmicas populacionais regionais a acentuar o despovoamento do interior. A este propósito, um trabalho desenvolvido pela Universidade de Aveiro para a Fundação para a Ciência e Tecnologia, e recentemente divulgado, vem precisamente comprovar a dicotomia ainda visível entre os espaços territoriais do litoral e os do interior no que respeita à relação entre as respetivas dinâmicas económicas e demográficas. Sendo assim, e tendo como ponto de partida a NUTS II Centro, não só por razões de proximidade geográfica, mas também por constituir uma região administrativa tipo *horizontal* (isto é, com litoral e interior) e com cidades/realidades relativamente comparáveis localizadas em cada um desses espaços, optou-se incidir o estudo em duas sub-regiões NUTS III: Baixo Vouga e Beira Interior Sul. Localizadas no litoral e no interior português, respetivamente, estes espaços territoriais, embora polarizados por cidades de média dimensão (Aveiro e Castelo Branco) e apresentando áreas de influência de prestadores de cuidados com valências semelhantes, compreendem dinanismos demográficos e económicos contrastantes.

Com o objetivo de conhecer, compreender, descrever e interpretar a relação entre os processos de tomada de decisão em saúde e a dimensão territorial, a orientação metodológica do fenómeno em estudo segue a mesma lógica que a análise acima descrita e efetuada para o panorama geral do contexto português. De facto, a *entrevista semiestruturada* foi o modelo seguido de forma a ter acesso ao que o público-alvo dos casos em estudo pensa sobre o fenómeno em discussão, aos seus pontos de vista e às experiências vividas. Neste contexto, as entrevistas centraram-se em averiguar: *i) Em que medida os princípios e critérios primordiais utilizados implementação de políticas de cuidados de saúde ao nível de maior proximidade local consideram a dimensão territorial? ii) Qual a sensibilidade dos atores locais e regionais face à relação cuidados de saúde/território nos processos de tomada de decisão? iii) Como se processam os mecanismos de relação interinstitucional nestas sub-regiões em torno do domínio da saúde?*

Neste contexto, a investigação dispôs-se a auscultar as vozes dos atores que atuam na esfera da saúde e que, por maioria de razão, têm influência direta ao nível da formulação de políticas de saúde e, sobretudo, ao nível da sua implementação. A partilha das perspetivas e experiências destes intervenientes permite ter uma visão mais concreta, não só da fileira do processo de decisão no domínio das políticas de saúde (nível decisório, nível instrumental e nível operacional) e a sua relação com a dimensão territorial, como também entender a natureza e os mecanismos de articulação (ótica de cooperação vertical) entre as principais instituições que são parte integrante do sector da saúde. No

entanto, e essencialmente ao nível local, são vários os atores que assumem um papel preponderante no campo da saúde, pelo que importava também beber dos saberes, percepções e vivências de representantes de autarquias locais, de agentes de ação social e de atores ligados ao ensino e investigação na saúde. Ao escolher este público-alvo adicional admite-se que estes atores também participam em, ou pelo menos influenciam, os processos de tomada de decisão no domínio da saúde (ótica de cooperação horizontal). Pretendeu-se, assim, também averiguar se a área da saúde (em geral) e dos cuidados de saúde (em particular) se circunscreve aos atores diretamente ligados ao sector da saúde (e.g. prestadores de cuidados) ou se há um sistema relacional mais vasto.

Refira-se que, embora a entrevista tenha sido a estratégia dominante na recolha da informação pretendida, foi também efetuada a *análise de dados secundários* para se perceber melhor as características particulares dos estudos de caso e conseguir uma visão mais completa e abrangente dos contextos, o que envolveu o levantamento de informação estatística e a consulta de documentos de orientação de base territorial e do domínio da saúde.

Descrita e justificada a abordagem metodológica seguida para a prossecução dos objetivos de investigação propostos, o próximo ponto apresenta com maior detalhe o processo de recolha de informação para o que se poderá designar de forma simples como os três grupos objeto de estudo: os decisores de políticas de saúde, os instrumentos programáticos de políticas de saúde e os atores regionais e locais pertencentes aos casos em estudo.

2.2. Da abordagem metodológica à recolha e tratamento de informação

A entrada no campo de pesquisa ditou que se estabelecesse uma agenda de trabalho com vista à recolha e tratamento da informação necessária para a prossecução dos objetivos delineados. Contudo, a calendarização das entrevistas e o período temporal em que se processou o levantamento da informação resultaram do ritmo do próprio processo de investigação e das vicissitudes decorrentes da disponibilidade dos entrevistados. O intervalo de tempo em este processo decorreu compreendeu cerca de um ano: de Setembro de 2012 a Setembro de 2013. Nos próximos subpontos serão apresentadas as especificidades inerentes à recolha e tratamento da informação respeitante a cada um dos grupos objeto de estudo.

2.2.1. Decisores políticos

O processo de recolha de informação consistiu, como já sublinhado, na condução de entrevistas semiestruturadas (e, por isso, de carácter mais interativo e menos formal) a decisores e ex-decisores de políticas da saúde em torno de cinco objetivos temáticos que serviram de base à construção do respetivo guião e que são o resultado da teoria que alimenta e serve de base concetual ao trabalho empírico. Seguiu-se, para tal, uma lógica de abordagem *ascendente*, isto é, com o intuito de possibilitar a gradual familiarização dos entrevistados com o tema, criando, assim, uma base de conversação adequada para aprofundar com maior detalhe a sua perspetiva face à relação da saúde / cuidados de saúde com a dimensão territorial.

O primeiro objetivo, de natureza genérica e introdutório da entrevista, consiste em perceber quais os princípios fundamentais que devem nortear a formulação de políticas de saúde (em geral) e cuidados de saúde (em particular) e aferir se a dimensão territorial é parte integrante das preocupações. Mais concretamente, procura aqui observar-se se e como os princípios de equidade e eficiência são considerados enquanto peças basilares na formulação de políticas de saúde e se no seu discurso está incluída a dimensão territorial.

Os outros quatro objetivos procuram estabelecer uma ponte com as três dimensões integrantes do princípio de coesão territorial, sistematizadas no quadro concetual analítico apresentado e discutido no desenvolvimento teórico da dissertação, dispostos agora de acordo com uma lógica e uma linguagem que fosse mais facilmente perceptível por parte do público-alvo. Os objetivos são:

- Compreender quais as prioridades que existem em relação a decisões que envolvam o *trade-off* equidade/eficiência na saúde (em geral) e nos cuidados de saúde (em particular) e como a dimensão territorial é considerada;

- Aferir a importância de fatores de natureza mais ampla para além dos cuidados de saúde *per se* nos processos de tomada de decisão, tais como o impacto social, económico e político que os serviços de saúde provocam ao nível local, a aposta em comportamentos e estilos de vida (ótica da promoção da saúde e prevenção da doença) ou mesmo a potencial articulação entre a saúde e as estratégias de desenvolvimento territorial;
- Perceber a importância que a saúde apresenta ao nível da formulação de políticas, desta feita não numa ótica de serviço básico de apoio à população, mas enquanto atividade exportadora e meio gerador de emprego e alavancador de desenvolvimento (com ligações a outras atividades);
- Perceber de que forma se efetua o processo de formulação das políticas da saúde e a sua articulação com outros agentes e políticas, designadamente as de base territorial (compreender os mecanismos de governança).

O próximo quadro procura mostrar como esta ligação se processa, isto é, como a componente analítica no campo destes objetivos traçados para as entrevistas se conjuga e articula com as dimensões analíticas definidas no quadro concetual.

Quadro 11: Relação entre os objetivos temáticos (domínios analíticos) das entrevistas e as dimensões analíticas integrantes do princípio de coesão territorial

Domínio analítico (de acordo com os objetivos traçados para as entrevistas)	(permite compreender e aprofundar a articulação com...) Dimensão analítica integrante do princípio de Coesão Territorial		
	<i>Dimensão</i>	<i>Subdimensão</i>	<i>Finalidade</i>
<i>Trade-off</i> equidade/ eficiência e dimensão territorial na saúde	Heterogeneidade territorial	Disparidades	Justiça espacial
Fatores externos aos cuidados de saúde	Organização Territorial	Sistema urbano	Desenvolvimento urbano equilibrado e em rede
		Urbano/rural	Integração territorial de proximidade
Saúde enquanto atividade exportadora	Heterogeneidade territorial	Diversidade	Valorização do capital territorial
Mecanismos de governança na saúde	Governança Territorial	Coordenação vertical	Governança multinível
		Coordenação horizontal	Cooperação institucional e coerência de políticas

Para cada um destes quatro objetivos, foi definido um conjunto de pontos de análise mais concisos e orientadores, assentes na seguinte lógica:

- Compreender a importância que o entrevistado atribui à temática em causa e quais os princípios/valores fundamentais que devem na base da formulação de políticas direcionadas para esta questão;
- Aferir quais as políticas e instrumentos de política que devem ser adotados neste contexto;
- Perceber quais os meios necessários para operacionalizar essas políticas;
- Percecionar a avaliação que o entrevistado faz da realidade e das políticas atuais face ao que deveria fazer-se no âmbito da temática em discussão.

A construção do guião das entrevistas alicerçado nos objetivos definidos e nestes pontos orientadores inclui, portanto, questões quer de natureza descritiva quer de natureza explicativa ou causal, o que permite, não só aferir de forma objetiva o posicionamento de cada ator face ao fenómeno de investigação em estudo, como também percecionar se e, em caso afirmativo, como o princípio de coesão territorial é (e pode ser) considerado nas políticas de saúde.

Do ponto de vista do público-alvo, procurou assegurar-se a participação, quer de personalidades que têm ou tiveram responsabilidades governamentais na formulação de políticas de saúde, quer de representantes de outras entidades com capacidade decisória ao nível das políticas de saúde. A escolha dos respetivos atores implicou uma análise prévia, quer dos diferentes governos institucionais do passado recente do contexto português, quer das instituições que deveriam ser alvo de auscultação. Mas resultou também de indicações que os primeiros entrevistados foram dando, uma abordagem que segue, de certa forma, a lógica da *bola de neve* (*snowball sampling*, segundo Yin, 1994), o que por sua vez facilita o contacto posterior com esses atores a entrevistar. O público-alvo compreendeu, então, os seguintes grupos de personalidades:

- Indivíduos que exerçam ou tenham exercido cargos governamentais no Ministério da Saúde (Ministros e/ou Secretários de Estado), tendo presente o garante da representatividade político-partidária;
- Representantes de entidades da Administração Central, designadamente a Direção Geral da Saúde (DGS), o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA) e o Alto Comissariado (entretanto extinto);
- Representantes de entidades independentes da Administração Central, nomeadamente a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) e as Unidades de Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP) e para os Cuidados Continuados Integrados (MCCI);
- Representantes das Administrações Regionais de Saúde (ARS).

Realizaram-se, neste contexto, 23 entrevistas (Quadro 12).

Quadro 12: Lista de atores entrevistados (grupo dos decisores políticos)

Nome	Funções
Alcindo Maciel Barbosa	Presidente do Conselho de Administração Regional de Saúde (norte) (2005/09)
Ana Jorge	Ministra da Saúde (2008/11)
António Arnaut	Ministro dos Assuntos Sociais, Saúde e Segurança Social (1978)
António Correia de Campos	Ministro da Saúde (2001/02; 2005/08)
Fernando Araújo	Presidente do Conselho de Administração Regional de Saúde (norte) (2009/11)
Fernando Leal da Costa	Secretário de Estado Adjunto da Saúde
Fernando Regateiro	Presidente do Conselho de Administração Regional de Saúde (centro) (2005/07), Presidente do Conselho de Administração dos HUC (2007/12)
Francisco George	Diretor Geral da Saúde
Francisco Ramos	Secretário de Estado da Saúde (1997/99, 2001/02, 2005/08, 2008/09), Presidente do Conselho de Administração do Instituto Português de Oncologia (IPO) de Lisboa
Inês Guerreiro	Coordenadora da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
João Carvalho das Neves	Presidente do Conselho Diretivo da ACSS
Jorge Simões	Consultor para assuntos da saúde do Presidente da República (1996/2006), Coordenador do PNS 2011/16, Presidente da ERS
José Lopes Martins	Secretário de Estado da Saúde (1991/95), Administrador da Mello Saúde, Membro da Direção do Health Cluster Portugal e Presidente do Conselho Superior Estratégico do Healthy'n Portugal
José Manuel Tereso	Presidente do conselho de administração regional de saúde (centro)
José Pereira Miguel	Diretor Geral da Saúde (2001/05), Alto-comissário da saúde (2001/05), Coordenador do PNS 2004/10, Presidente do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge
Luís Filipe Pereira	Ministro da Saúde (2002/05)
Luís Pisco	Coordenador da Missão para os Cuidados de Saúde Primários (2005/10), Vice- presidente do Conselho de Administração Regional de Saúde (Lisboa e Vale do Tejo)
Maria de Belém Roseira	Ministra da Saúde (1995/99), Vice-presidente (1997) e Presidente (1999) da Assembleia-Geral da Organização Mundial de Saúde, Presidente da Assembleia-Geral da União das Misericórdias Portuguesas
Maria do Céu Machado	Alta-comissária da Saúde (2007/10), Coordenadora do PNS 2011/16
Miguel Soares Oliveira	Presidente do Conselho Diretivo do INEM
Pedro Dias Alves	Secretário de Estado da Saúde (1989/90), Administrador da Mello Saúde (1995/2004), Consultor da Estrutura de Missão Parcerias.Saúde (2008), Vogal do Conselho de Administração da HPP (Hospitais Privados de Portugal)
Rui Lourenço	Presidente do Conselho de Administração Regional de Saúde (algarve) (2005/11)
Suzete Gonçalves	Vogal do Conselho de Administração Regional de Saúde (norte) (2005/09), ex- consultora na CCDRN

Refira-se, ainda, que a abrangência da listagem e a diversidade de atores e do respetivo percurso profissional permitiram também incluir a visão de decisores da vertente social (União das

Misericórdias) e da vertente privada (Mello-Saúde e Hospitais Privados de Portugal - HPP), peças integrantes e igualmente fundamentais do Sistema Nacional de Saúde.

No seguimento da realização das entrevistas, gravadas em sistema áudio, procedeu-se à sistematização e análise do discurso dos atores no sentido de perceber a sua posição face aos objetivos previamente delineados e acima referidos. A prossecução desta tarefa exigiu, primeiro, a transcrição das entrevistas, que se revelou um processo moroso dado o número de entrevistas realizadas, e posteriormente a realização sequencial de 5 fases analíticas: a observação das respostas de cada entrevistado, a observação conjunta das respostas pelos pontos de análise acima referidos, a observação conjunta das respostas por objetivo traçado e, por fim, a observação conjunta das respostas para o total de objetivos.

2.2.2. Instrumentos programáticos da Política de Saúde

Como já referido, foi efetuada uma análise documental de instrumentos programáticos das políticas de saúde de âmbito nacional e regional, um processo de interpretação e inferência para perceber, por um lado, qual a importância atribuída por estes à dimensão territorial e, por outro, se os princípios e critérios definidos pelos protagonistas entrevistados encontram eco no conteúdo destes instrumentos.

Os instrumentos foram escolhidos com base nas indicações mais consensualmente apontadas pelo público-alvo acima descrito, como sendo aqueles que, por excelência, não só influenciam ou condicionam os processos de tomada de decisão, como também auxiliam a própria implementação das prioridades políticas definidas pelos decisores. Os instrumentos analisados foram, então, os seguintes:

- *Programa do XIX Governo Constitucional e Grandes Opções do Plano 2012-2015*, como sendo os principais instrumentos de natureza estratégica governativa;
- *Memorando de Entendimento sobre as Condicionalidades de Política económica*, enquanto instrumento condicionador da linha estratégica da saúde em Portugal;
- *Plano Nacional de Saúde* (PNS 2012-2016), enquanto instrumento estratégico e programático por excelência para a saúde a nível nacional;
- *Redes de Referência Hospitalar*, enquanto instrumento para o planeamento e organização da resposta por parte dos prestadores de cuidados de saúde
- *Carta Hospitalar*, enquanto instrumento útil para conhecer a realidade nacional no que respeita à organização e valências dos prestadores de cuidados de saúde;
- *Plano Regional de Saúde*, enquanto instrumento estratégico para as intervenções políticas e técnicas a nível regional.

2.2.3. Atores regionais e locais

Também aqui o processo de recolha de informação consistiu, como já sublinhado, na condução de entrevistas semiestruturadas, desta feita a representantes de instituições que pudessem clarificar, por um lado, como estão e devem formular-se e operacionalizar-se as políticas delineadas para a saúde e qual a sua conjugação com a dimensão territorial e, por outro, quais mecanismos de articulação (*governança*) entre as principais instituições que são parte integrante dos processos de tomada de decisão em saúde em contextos territoriais específicos, designadamente as sub-regiões do Baixo Vouga e da Beira Interior Sul da NUTS II Centro, numa perspetiva *multiescalar*. Aplicar esta visão de diferentes escalas dos processos de governança implica estudar a área de relacionamento das entidades em causa, ou seja, da escala regional à local, levando em consideração as áreas de influência de cada instituição.

Numa perspetiva mais macro, era importante ter uma perceção sobre como os prestadores de cuidados de saúde de uma forma geral se encontram a *interiorizar* as orientações políticas no que respeita à relação saúde/território. Enquanto representante das entidades prestadoras de cuidados hospitalares, a Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar (APDH) foi a instituição escolhida para fornecer uma visão sobre esse panorama, procurando incidir-se a condução da entrevista em torno da Região Centro e dos principais prestadores de cuidados hospitalares das sub-regiões em estudo.

Na medida em que os casos em estudo se localizavam na Região Centro, interessava também compreender qual a perceção que as instituições da Administração Regional diretamente relacionadas com a temática saúde/território tinham sobre esta (efetiva ou potencial) relação. Sendo assim, entrevistaram-se representantes da Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC), com funções claras no domínio da saúde, e da Comissão de Coordenação Regional do Centro (CCDRC), com competências no domínio do ordenamento do território e responsável pela articulação de políticas para a região.

No que respeita aos contextos territoriais específicos em estudo, procurou incluir-se na análise as principais instituições que são parte integrante dos processos de tomada de decisão em saúde e que pudessem informar, de forma complementar e comparada, o fenómeno em estudo, designadamente: prestadores de cuidados de saúde, agentes de ensino e investigação na saúde, autarquias locais e agentes de ação social (Santas Casas da Misericórdia). A adoção da já referida perspetiva multiescalar conduziu a investigação a centrar-se, à escala local, nos municípios com maior influência nas sub-regiões em estudo, quer em termos socioeconómicos (com as principais cidades de média dimensão aí a localizarem-se), quer a nível da prestação de cuidados de saúde. Tendo por base estes pressupostos, o próximo quadro apresenta a listagem das entidades entrevistadas.

Quadro 13: Lista de atores entrevistados (grupo dos atores regionais e locais)

Entidade	Propósito da entrevista	Entrevistado e cargo
<i>Região Centro</i>		
Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar (APDH)	Perceber como os prestadores de cuidados de saúde (hospitalares) de uma forma geral se encontram a 'interiorizar' e operacionalizar as orientações das políticas de saúde e a sua relação com a dimensão territorial	Ana Escoval, Presidente Paulo Espiga, Vogal da Direção
Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC)	Perceber como se processam as relações entre as instituições que são parte integrante dos processos de tomada de decisão em saúde (de uma forma vertical e horizontal) e como estão a ser conduzidos os processos no 'terreno' por parte dos prestadores de cuidados	José Tereso, Presidente ¹⁰⁶
Comissão de Coordenação Regional do Centro (CCDRC)	Perceber de que forma a dimensão territorial se articula (e pode articular) com a saúde e como esta instituição interage com outras neste contexto	José Alberto Ferreira, Vice-Presidente Ana Veneza, Técnica Superior
<i>Sub-região do Baixo Vouga</i>		
Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE	Perceber o processo de tomada de decisões na saúde e a sua operacionalização tendo em conta a relação saúde/território, bem como a articulação com outras instituições (dentro e fora do sector da saúde) no contexto territorial da sua área de influência	José Abrantes Afonso, Presidente do Conselho de Administração
Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) do Baixo Vouga	Perceber o processo de tomada de decisões na saúde e a sua operacionalização tendo em conta a relação saúde/território, bem como a articulação com outras instituições (dentro e fora do sector da saúde) no contexto territorial da sua área de influência	Manuel Sebe, Diretor
Escola Superior de Saúde de Aveiro (ESSUA)/Secção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro	Perceber o papel de uma instituição do ensino superior na área da saúde ao nível da formação, da investigação e da relação com outras instituições (nomeadamente prestadores de	Nelson Rocha, Diretor da SACS-UA e ex-Diretor da ESSUA

¹⁰⁶ Importa sublinhar que o Dr. José Tereso pertenceu também ao conjunto de entrevistados do nível decisório. Por isso mesmo, durante a realização da entrevista foram efetuadas questões que procuraram compreender a formulação de políticas e os processos de tomada de decisão em saúde e a respetiva articulação com a dimensão territorial, quer de um ponto de vista geral, quer para o caso específico da Região Centro.

(SACS-UA)	cuidados)	
Comunidade Intermunicipal da Região de Aveiro (CIRA)	Obter uma visão conjunta do papel das autarquias desta região na relação saúde/território	José Eduardo Matos, Vice-Presidente ¹⁰⁷
Câmara Municipal de Aveiro	Perceber o papel específico de uma autarquia na relação saúde/território e a relação interinstitucional no âmbito de políticas de saúde	Élio Maia, Presidente António Soares, assessor da Presidência
Santa Casa da Misericórdia de Aveiro	Perceber o papel da Santa Casa no domínio da saúde, atendendo designadamente ao fenómeno do envelhecimento demográfico	Lacerda Pais, Provedor
<i>Sub-região da Beira Interior Sul</i>		
Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) da Beira Interior Sul (parte integrante da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco) ¹⁰⁸	Perceber o processo de tomada de decisões na saúde e a sua operacionalização tendo em conta a relação saúde/território, bem como a articulação com outras instituições (dentro e fora do sector da saúde) no contexto territorial da sua área de influência	Carlos Borga, Diretor
Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Castelo Branco (ESALD)	Perceber o papel de uma instituição do ensino superior na área da saúde ao nível da formação, da investigação e da relação com outras instituições (nomeadamente prestadores de cuidados)	Paula Sapeta, Diretora
Comunidade Intermunicipal da Beira interior Sul (CIMBIS)	Obter uma visão conjunta do papel das autarquias desta região na relação saúde/território	Armindo Jacinto, Vice-Presidente da Câmara Municipal de Idanha-a-Nova ¹⁰⁹
Câmara Municipal de Castelo Branco ¹¹⁰	Perceber o papel específico de uma autarquia na relação saúde/território e a relação interinstitucional no âmbito de políticas de saúde	Joaquim Mourão, Presidente da Câmara Municipal de Castelo Branco e Vice-Presidente da CIMBIS

¹⁰⁷ Em 2014, o Dr. José Eduardo Matos passou a ser o Secretário Executivo da CIRA.

¹⁰⁸ Importa referir que foram encetadas diversas tentativas junto do Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco para a realização duma entrevista, sendo esta, no entanto, recusada.

¹⁰⁹ Refira-se que a entrevista foi inicialmente agendada com o Dr. José Cachucho Rocha, Presidente da CIMBIS e, simultaneamente, Presidente da Câmara Municipal de Idanha-a-Nova. Acontece que, por motivos de saúde, o Dr. José Cachucho Rocha não pode comparecer, sendo substituído pelo Dr. Armindo Jacinto para os devidos efeitos.

¹¹⁰ Depois de um processo longo para a marcação da entrevista, no dia em que foi agendada, e já no seu gabinete, o Dr. Joaquim Mourão afirmou que não poderia responder às questões por motivo de sobreposição de agenda. Por este motivo, assumiu-se o compromisso de esclarecer o papel da autarquia por escrito mediante o guião fornecido, facto que nunca chegou a ocorrer, pese embora as inúmeras tentativas efetuadas junto da autarquia.

Santa Casa da Misericórdia de Castelo Branco	Perceber o papel da Santa Casa no domínio da saúde, atendendo designadamente ao fenómeno do envelhecimento demográfico	Manuel Duarte Cardoso, Provedor
--	--	---------------------------------

Como já salientado, o processo de recolha de informação consistiu na condução de entrevistas semiestruturadas com um guião desenhado em torno dos mesmos cinco objetivos temáticos mencionados para o nível decisório. No entanto, e ao contrário do nível decisório, o discurso foi também direcionado para os contextos territoriais em estudo, como seria de esperar. A partir do guião desenhado para o grupo de decisores políticos, desenvolveu-se um outro dirigido a este público-alvo, no qual foram introduzidas somente ligeiras alterações. As questões de investigação operacionais e o carácter dissemelhante das funções destes protagonistas exigiram tais mudanças, que no fundo restringiram-se a acentuar a tónica na implementação de políticas, útil para se perceber com maior profundidade o relacionamento interinstitucional (vertical e horizontal) verificado nos casos em estudo.

No seguimento da realização das entrevistas, procedeu-se igualmente à sistematização e análise do discurso dos atores. Às tarefas de transcrição e realização sequencial das mesmas 5 fases analíticas referidas para a leitura das entrevistas realizadas para o nível decisório, juntaram-se outras duas: a observação comparativa das respostas dadas para cada estudo de caso sub-regional e a observação conjunta das respostas em comparação com a postura dos entrevistados do nível decisório.

Por outro lado, e como já mencionado, foi também efetuada a *análise de dados secundários* que permitisse um conhecimento prévio dos casos em estudo e, por maioria de razão, contribuísse para enriquecer o diálogo durante a realização das próprias entrevistas. Destacam-se, aqui, como principais fontes de informação:

- *Plano de Ação*, ARSC (2012);
- *Relatório de Atividades*, ARSC (2012);
- *Um Retrato Social do Centro de Portugal*, CCDRC (2012);
- *Plano de Ação Regional* – CRER 2020, CCDR (2013);
- *Plano Regional de Ordenamento do Território do Centro* – PROTC, CCDRC (2011);
- *Plano de Desempenho*, ACESBV (2013);
- *Business Plan 2009-2013*, ULSCB (2009);
- *Dados estatísticos*, produzidos pelo Instituto Nacional de Estatística (INE).

Capítulo 3

DECISORES POLÍTICOS: DOS PRINCÍPIOS À AÇÃO

3.1. Introdução

Em que medida os princípios e critérios utilizados na formulação de políticas de cuidados de saúde (níveis de decisão nacional e regional) consideram a dimensão territorial? Qual a sensibilidade dos decisores face à relação cuidados de saúde/território nos processos de tomada de decisão? Como se encontram as dimensões integrantes do princípio de coesão territorial a ser observadas na formulação de políticas de cuidados de saúde?

Procurando responder às três questões colocadas, a análise e discussão da perspetiva dos entrevistados centrou-se em torno de cinco domínios analíticos, cada qual referente a um objetivo em concreto que se pretende alcançar.

O primeiro consiste em perceber quais os princípios fundamentais que devem nortear a formulação de políticas de saúde (em geral) e cuidados de saúde (em particular). Para a concretização deste objetivo, efetuou-se uma questão de natureza aberta e de carácter informal, permitindo perceber: i) por um lado, se os decisores de políticas de saúde tendem a basear os seus princípios em valores/grandes desígnios, como por exemplo equidade ou eficiência (sugerindo um pensamento mais reflexivo), ou nos processos de tomada de decisão, como a necessidade de acesso a determinada informação (indiciando uma vertente mais operacional); ii) por outro lado, se a dimensão territorial é parte integrante do discurso dos decisores, quer enquanto princípio, quer enquanto argumento justificativo dos princípios referidos.

De uma forma geral, os restantes quatro domínios analíticos acrescentam a esta análise da relação cuidados de saúde/território a componente da coesão territorial, ainda que de forma indireta e específica para o campo da saúde, permitindo perceber a posição dos decisores de políticas de saúde quanto às dimensões analíticas detalhadas na abordagem teórica: *heterogeneidade territorial, organização territorial e governança territorial*.

No que respeita concretamente ao segundo domínio analítico, o objetivo consiste em compreender quais as prioridades que existem em relação a decisões que envolvam o *trade-off* equidade/eficiência na saúde (em geral) e nos cuidados de saúde (em particular) e como a dimensão territorial é contemplada. Para tal, importava observar como decisores políticos consideram o *trade-off* em causa perante situações concretas e qual o tipo de argumentação justificativa. Deste modo, se na questão anterior foi dada liberdade aos entrevistados para refletirem sobre quais os principais princípios que na sua ótica deveriam estar na base da formulação de políticas de saúde, aqui os entrevistados foram confrontados com cinco princípios em que a dimensão territorial é parte integrante, a saber:

- *Maximizar o acesso a cuidados de saúde*, colocando a ênfase na ótica da equidade na procura da minimização de distâncias e/ou de tempos de deslocação;
- *Maximizar a oferta com base na dimensão populacional*, apostando numa lógica de concentração de serviços em áreas de maior densidade de forma, quer a garantir a casuística necessária à prestação de cuidados de qualidade, quer a organizar a oferta de uma maneira mais eficiente;
- *Maximizar a oferta com base nas necessidades populacionais*, visando a concentração de serviços junto de determinados grupos populacionais e, assim, adequando a prestação de cuidados à potencial procura de acordo com as características das populações;
- *Maximizar a especialização e a variedade através da concentração*, colocando a ênfase na ótica da eficiência na oferta de serviços de saúde de acordo com uma lógica de aquisição de ganhos em economias de escala e gama de forma a tirar o máximo partido da capacidade instalada;
- *Maximizar o resultado dos cuidados de saúde ao custo mínimo*, apontando para uma lógica de organização dos cuidados de saúde para promover uma melhoria de produtividade dos meios com o menor custo possível.

Refira-se que, apesar de cada um destes princípios conter especificidades próprias, é também possível encontrar algumas sobreposições entre os mesmos, pelo que as respetivas fronteiras concetuais não são facilmente demarcadas. Por exemplo, a concentração de serviços pode ser efetuada em locais com maior densidade populacional e, simultaneamente, visar a obtenção de ganhos em economias de escala. Por outro lado, cada princípio pode estar associado de forma diferenciada aos distintos níveis de cuidados de saúde. Por exemplo, pode fazer sentido para um entrevistado mostrar uma preocupação maior na questão da maximização do acesso mas somente para os cuidados de saúde primários, ao passo que a maximização da especialização e da variedade através da concentração possa prender a sua atenção em relação aos cuidados hospitalares. No fundo, o objetivo aqui consistiu essencialmente em perceber qual o posicionamento de cada entrevistado no que concerne à dimensão espacial da prestação dos cuidados e na sua relação com os princípios mais genéricos de equidade e eficiência.

Discutida esta questão, o passo seguinte consistiu em perceber a avaliação que o entrevistado faz da realidade e das políticas atuais face ao que deveria fazer-se no âmbito da temática em discussão. Tal diagnóstico serviu de base para posteriormente aferir quais as políticas que devem ser adotadas no contexto em discussão, quais os métodos de suporte à decisão e quais os meios necessários para operacionalizar as políticas mencionadas, seja ao nível das escalas de intervenção, das instituições, dos instrumentos de política ou das ações propriamente ditas a executar. Este formato analítico foi utilizado de forma semelhante na análise e discussão dos restantes três domínios, cujos objetivos consistem em:

- Aferir a importância de fatores externos aos cuidados de saúde *per se* nos processos de tomada de decisão, tais como o impacto social, económico e político que os serviços de saúde provocam ao nível local, a aposta em comportamentos e estilos de vida (ótica da promoção da saúde e prevenção da doença) ou mesmo a potencial articulação entre a saúde e as estratégias de desenvolvimento territorial;
- Perceber a importância que a saúde apresenta ao nível da formulação de políticas, desta feita não numa ótica de serviço básico de apoio à população, mas enquanto atividade exportadora e meio gerador de emprego e alavancador de desenvolvimento (com ligações a outras atividades);
- Perceber de que forma se efetua o processo de formulação das políticas da saúde e a sua articulação com outros agentes e políticas, designadamente as de base territorial (ou seja, compreender os mecanismos de governança na saúde).

Sempre que possível, procurou aferir-se se a perspetiva dos decisores e ex-decisores de políticas de saúde entrevistados se relaciona, de certa forma, quer com os respetivos percursos académicos, quer com a sua atividade profissional, questões que se julga úteis para compreender a maior ou menor sensibilidade de alguns atores em relação à inclusão da dimensão territorial nas políticas de saúde. Para a primeira questão, foi possível definir a seguinte tipologia: i) formados em Direito, ii) formados em Medicina, iii) com especialização em Saúde Pública, iv) formados em gestão/economia ou com especialização neste domínio e v) outra formação. Para a segunda questão, os entrevistados foram agrupados de acordo com a seguinte tipologia: i) decisores governamentais (ministros e secretários de estado), ii) decisores da administração central (Alto Comissariado, DGS, INEM, ACSS, INSA) e decisores independentes da Administração Central (ERS, Unidades de Missão) e iii) decisores da administração regional (ARS).

A necessidade de se obter uma visão gradual de conjunto, quer para cada domínio analítico acima referido, quer de todos os domínios, determinou o desenho de um conjunto de tabelas capazes de sistematizar e tornar mais rápida e acessível a leitura da informação recolhida junto dos entrevistados. É com base nestas sínteses temáticas que foi possível, quer traçar com maior exatidão um perfil tipo

dos decisores de políticas de saúde capaz de ajudar a obter-se uma noção global do posicionamento adotado pelos entrevistados face a cada objetivo delineado, quer efetuar uma reflexão conjunta dos temas em discussão (ponto 3.3).

3.2. A perspectiva dos decisores políticos

3.2.1. Princípios fundamentais e dimensão territorial na definição de políticas da saúde

A maioria dos entrevistados assenta os princípios em valores/grandes desígnios, sendo os mais referidos a equidade no acesso, a qualidade dos serviços e a eficiência (sustentabilidade) do sistema de saúde.

Ainda assim, cerca de 1/3 dos inquiridos concentrou a sua resposta nos processos de tomada de decisão, sublinhando a necessidade de haver um planeamento de recursos e estratégias baseadas em informação e de conhecer a realidade tendo por base a realização de um diagnóstico social e territorial, ou a importância da vontade/visão dos decisores políticos e a promoção da participação e criação de consensos enquanto tópicos decisivos para a formulação de políticas de saúde.

Esta dualidade de respostas mostra uma clara distinção entre aqueles que evidenciam uma vertente mais operacional, fundamentando por isso os argumentos com base na experiência que tiveram na passagem por órgão de decisão, e aqueles que apresentam um pensamento mais reflexivo, seguindo de perto as próprias orientações que emanam de instâncias internacionais, como a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) ou a própria Comissão Europeia (CE).

Já no que respeita à dimensão territorial, mais de metade dos entrevistados não aborda este fator, nem enquanto princípio, nem enquanto argumento justificativo dos princípios referidos. De facto, quando a dimensão territorial é contemplada visa essencialmente servir como justificação argumentativa da importância de se olhar para a equidade no acesso, surgindo o acesso geográfico como uma das diversas componentes a considerar. Somente um dos entrevistados mencionou a dimensão territorial enquanto um dos três princípios a adotar na formulação de políticas de saúde, sublinhando a importância da equidade no acesso do ponto de vista geográfico, referindo a necessidade de se considerarem tópicos como distâncias a cuidados de saúde, vias de comunicação ou mesmo barreiras arquitetónicas e urbanísticas. Esta postura por parte dos entrevistados sugere, à partida, uma menor sensibilidade no que respeita à necessidade de refletir de forma conjunta as áreas da saúde e do território.

3.2.2. Trade-off equidade/eficiência e dimensão territorial na saúde

1. Princípios prioritários

Como já mencionado, os cinco princípios que serviram de base à discussão e que permitiram perceber o posicionamento dos decisores e ex-decisores de políticas de saúde face ao *trade-off* equidade/eficiência foram os seguintes:

- *Maximizar o acesso a cuidados de saúde* (i.e. lógica de minimização de distâncias e/ou de tempos de deslocação);
- *Maximizar a oferta com base na dimensão populacional* (i.e. lógica de concentração de serviços em áreas de maior densidade);
- *Maximizar a oferta com base nas necessidades populacionais* (i.e. lógica de concentração de serviços junto de determinados grupos populacionais);
- *Maximizar a especialização e a variedade através da concentração* (i.e. lógica de aquisição de ganhos em economias de escala e gama);
- *Maximizar o resultado dos cuidados de saúde ao custo mínimo* (i.e. lógica de organização dos cuidados de saúde para promover uma melhoria de produtividade dos meios com o menor custo possível).

Para mais de metade dos entrevistados, a questão da proximidade aos serviços de saúde é prioritária, designadamente no que respeita aos cuidados de saúde primários e cuidados continuados. Por diversas situações, foi sublinhado que, mais do que uma questão de distância, a preferência vai para os tempos de deslocação, uma visão que, na opinião de um dos entrevistados, “*difere da dos autarcas, que querem que o serviço de saúde fique num determinado local porque está próximo em termos de distância*”.

Curiosamente, para três entrevistados, as desigualdades geográficas em termos de acesso eram visíveis até à década de 80, mas com o SNS e com a evolução das vias de comunicação esse problema mudou radicalmente, pelo que esta questão é uma prioridade mínima “*partindo do pressuposto que o SNS segura as pontas*”, refere um dos entrevistados. Neste contexto, um outro entrevistado referiu que os impactos positivos criados pelo desenvolvimento da rede viária manifestam-se essencialmente ao nível do acesso aos cuidados de urgência e emergência, estando a população portuguesa quase na totalidade a menos de uma hora de acesso. Contudo, esse mesmo entrevistado acrescenta que “*o problema das distâncias não se prende só com as urgências como é evidente; o problema das distâncias prende-se ao nível dos cuidados hospitalares, aí sim com a necessidade de, relativamente a algumas tecnologias, nós não as podemos concentrar tanto quanto gostaríamos e seguramente não as vamos continuar a ter tão dispersas como elas existem, mais que não seja porque não há utilização suficiente que justifique a manutenção do equipamento*”.

Com particular interesse para 9 dos entrevistados, por razões de discriminação positiva, surge a ótica de disponibilizar serviços de saúde junto de determinados grupos populacionais com base nas suas necessidades, tendo em atenção que estas evoluem em função de alterações demográficas, sociais, culturais e epidemiológicas.

Na argumentação da lógica de concentração, também prioritária para cerca de 1/3 dos entrevistados, a sua razão foi justificada por motivos de procura de ganhos em economias de escala, de eficiência e de qualidade, dirigindo-se essencialmente para os cuidados hospitalares. Apesar de tudo, um dos entrevistados chamou a atenção para o facto de a lógica da concentração de serviços (e.g. criação de centros hospitalares) ser verdadeiramente útil se resultar de facto uma melhor organização da oferta para a área de influência, o que implica um planeamento prévio da organização dos cuidados e não um simples reaproveitamento da organização territorial já estabelecida. Quando não há esse planeamento, “estamos sempre necessariamente a infligir às populações um custo de acesso, quer queiramos quer não”, nas palavras do entrevistado.

A importância de maximizar o resultado dos cuidados de saúde ao custo mínimo, uma das prioridades também apontadas por cerca de 1/3 dos entrevistados, é justificada essencialmente pela conjuntura económica atual, pelos gastos elevados que ainda se verificam nos cuidados hospitalares e pela necessidade de se promover uma maior articulação entre os cuidados de saúde primários, os cuidados hospitalares e os cuidados continuados.

De entre os princípios listados, o menos prioritário consistiu na disponibilização/concentração dos cuidados de saúde junto dos locais com maior dimensão populacional. No entanto, dois dos entrevistados referiram que seria preferível adotar-se esta lógica em detrimento de uma disponibilização de cuidados de saúde de acordo com as necessidades clínicas dos utentes, na medida em que se deve partir do princípio que as doenças distribuem-se estatisticamente de uma forma normal. Assim, a concentração de serviços numa área de maior densidade populacional aumenta a probabilidade de responder a grupos populacionais de maior risco em saúde. Por outro lado, um dos entrevistados referiu que ainda não há conhecimento e informação suficientes para atuar de modo a responder diretamente às necessidades populacionais, pelo que considerar a densidade populacional é a forma mais correta.

O próximo quadro procura sistematizar os principais pontos mencionados pelos entrevistados para cada princípio que justificam a sua utilização ou não utilização enquanto prioridade, tendo em consideração o nível de consenso da argumentação:

++++ Argumento apresentado por mais de metade dos entrevistados

+++ Argumento apresentado por 8 a 11 dos entrevistados

++ Argumento apresentado por 4 a 7 dos entrevistados

+ Argumento apresentado por 1 a 3 dos entrevistados

Quadro 14: Prioridades de intervenção no âmbito do *trade-off* equidade/eficiência

	Por que e quando é prioritário?		Por que e quando não é prioritário?	
	Razões	Nível de consenso	Razões	Nível de consenso
Maximizar o acesso a cuidados de saúde	Se o objetivo é manter um sistema de saúde que seja universal e atento às desigualdades	++++	A especificidade e a complexidade da oferta é que devem ditar a lógica da distância e do acesso. Portanto, é despropiciente para os cuidados	++++
	Dirigido essencialmente para os cuidados de saúde primários, que por sua vez devem ser prioritários: estimulam a promoção de saúde, são mais universais e são mais efetivos	++++	hospitalares, não só porque para se produzirem bons resultados deve-se ter escala, mas também porque os utentes devem deslocar-se primeiro aos cuidados de saúde primários	
	A noção de cuidados de proximidade (e, por isso, de rápido e fácil acesso) pode ser mais ampla, incluindo a procura de soluções de problemas do dia-a-dia (relacionando-se com a falta de outro tipo de apoio para além dos cuidados de saúde	++	Mas mesmo nos cuidados de saúde primários há que acautelar a existência de vários profissionais e garantir a intersubstituição, caso contrário é preferível a disponibilização de meios alternativos à deslocação das pessoas	+++
Maximizar a oferta com base na dimensão populacional	Para a oferta dos cuidados hospitalares	++++		
	Não é bom ter cuidados de saúde disponíveis em locais onde praticamente o único propósito da sua existência é o médico passar as receitas	+++		
Maximizar a oferta com base nas necessidades populacionais	Porque a oferta de cuidados não deve ser tipo “fato pronto-a-vestir”, pelo que tenho de definir o que é essencial para cada tipo de população	+++	Quando não se tem conhecimento e informação suficientes para atuar em conformidade	+
	Com particular interesse por razões de discriminação positiva atendendo ao rendimento ou escalão etário (e.g. envelhecimento)	+++		
	Com particular interesse por razões de discriminação positiva em relação a certas doenças (e.g. HIV, droga) que têm maior prevalência em determinadas áreas	+		
	Adequando a oferta às necessidades pode significar que num sítio a oferta se centre nos cuidados hospitalares, noutro nos cuidados primários, noutro nos cuidados continuados, noutros apenas numa equipa domiciliária, noutros	+		

	apenas numa unidade móvel, noutros apenas na formação (ou informação) sobre estilos de vida saudável			
<i>Maximizar a especialização e a variedade através da concentração</i>	Por razões de eficiência e qualidade	++++	Esta lógica pode funcionar por ‘modas’ e há que atender também às eventuais deseconomias de escala (importância de fortes mecanismos de gestão intermédia)	+
	Para facilitar a racionalização da malha hospitalar, isto é, para reduzir o excedente de oferta hospitalar que existe (e o excesso de oferta pode induzir a procura)	+++		
	Maiores ganhos em economias de escala por razões de sinergia operacional (e.g. casuística, redução de horas extraordinárias...) do que por razões administrativas	+		
	Para contrariar lógicas de pequenos poderes	+		
	A fragmentação de cuidados diferenciados (numa lógica, por exemplo, de hospitais monovalentes) pode implicar deslocações desnecessárias por parte dos utentes	+		
<i>Maximizar o resultado dos cuidados de saúde ao custo mínimo</i>	Por razões de diminuição de custos	++++	Este princípio pode condicionar os restantes, na medida em que organizar ao custo mínimo não é tanto uma procura de melhoria de qualidade, mas antes uma procura de melhoria dos resultados económicos (lógica de diminuir ao máximo)	+
	Pode ser uma situação provisória e em muito associada à conjuntura atual	+++		

De uma forma geral, a discussão conduzida neste âmbito com os entrevistados mostra que a dimensão territorial assume importância para se perceber, por um lado, como é que se organizam e implantam os serviços de saúde (e esta questão relaciona-se, quer com a distribuição da população e as respetivas necessidades, quer com o tipo de cuidados, quer com o interesse de vários poderes, como as câmaras municipais e os partidos políticos) e, por outro, como é que os cuidados de saúde existentes se articulam uns com os outros (para melhorar o sistema e a qualidade e não haver duplicação).

2. Avaliação da realidade e das políticas atuais

Porque debater o futuro da saúde (em geral) e dos cuidados de saúde (em particular) implica uma melhor perceção do passado e do presente, procurou aferir-se junto dos entrevistados como eles, face aos princípios que tinham sido considerados prioritários, analisavam e avaliavam, quer a realidade existente no sistema de saúde português como um todo, mas com particular ênfase na prestação de cuidados, quer as atuais políticas.

Embora para alguns atores seja notória a diferença entre a realidade visível nos cuidados de saúde e a atuais políticas, na medida em que a realidade é um processo em construção, que não se altera num ano nem numa legislatura, a maior parte dos entrevistados não conseguia avaliar as duas questões separadamente, já que as políticas atuais estavam a condicionar e a alterar a realidade existente.

Neste exercício de diagnóstico e avaliação, as respostas foram divididas: 8 dos entrevistados avaliam positivamente os cuidados de saúde em Portugal e a atuação das políticas atuais, que estão a definir bem as prioridades de forma a ultrapassar algumas das debilidades existentes; pelo contrário, outros 8 entrevistados já fazem uma avaliação negativa, quer da forma como os nossos cuidados de saúde se encontram organizados, quer da natureza e do modo como as políticas atuais estão a ser formuladas, não contribuindo (e muitas vezes agravando) para uma melhoria dos cuidados de saúde; para os restantes, a avaliação que efetuam é a de que as políticas não estão, nem a ir ao encontro dos princípios prioritários por eles definidos, nem a caminhar no sentido inverso.

Globalmente, o diagnóstico traçado incidiu maioritariamente sobre os fatores internos associados ao sistema nacional de saúde, ainda que foi amplamente reconhecido que o sistema lida com problemas inerentes a dinâmicas internacionais associadas em particular com a atual crise económica e financeira. Sobre as dinâmicas externas, outras questões foram explicitamente focadas, ainda que por um número reduzido de entrevistados, enquanto fatores que importa considerar no diagnóstico e avaliação da saúde em Portugal, nomeadamente as alterações demográficas (envelhecimento e migração), o atual padrão de patologias maioritariamente crónicas e o facto de a saúde tender a ser mais dispendiosa (modelo assente em mais tecnologias e uma medicina com maior ênfase na cura).

O próximo quadro procura sistematizar os principais pontos positivos e negativos que os entrevistados referiram na apreciação que fazem da realidade e das políticas atuais. Para uma melhor leitura dos argumentos apresentados pelos entrevistados, optou-se por estruturar as suas respostas em torno de cinco domínios de orientação: organização dos prestadores de cuidados de saúde, organização dos órgãos da Administração Central e Regional do Ministério da Saúde, sustentabilidade financeira do sistema de saúde, processo de tomada de decisão e papel do Estado no sistema de saúde. À semelhança do efetuado no quadro anterior, também aqui se apresenta o nível de consenso da argumentação.

Quadro 15: Avaliação da realidade e das políticas atuais

<i>Aspetos avaliados como positivos</i>		<i>Aspetos avaliados como negativos</i>	
<i>Domínio de avaliação</i>	<i>Nível de consenso</i>	<i>Domínio de avaliação</i>	<i>Nível de consenso</i>
Organização dos prestadores de cuidados de saúde		Organização dos prestadores de cuidados de saúde	
... Maximização da especialização e Concentração de cuidados hospitalares (e.g. criação de Centros Hospitalares)	+++	... Organização interna dos cuidados hospitalares conduz à ineficiência	++++
... Contratualização introduz vantagens em termos de responsabilização	+++	... Oferta excessiva de cuidados hospitalares	++++
... Desempenho das USF	++	... Deficiente articulação entre os diferentes tipos de cuidados de saúde	++++
... Redução dos custos dos fatores de produção	+	... Não continuidade das reformas dos cuidados de saúde primários e dos cuidados continuados	++++
... Matriz central do SNS em termos de oferta de cuidados de saúde tem-se mantido, não se verificando distorções do ponto de vista da equidade no acesso	+	... Disparidades na oferta de cuidados de saúde (litoral vs interior), quer ao nível de serviços, quer ao nível de recursos humanos	++
Sustentabilidade financeira do sistema de saúde		... Políticas de concentração dos serviços com uma inversão de valores: não com o objetivo de aumentar a qualidade, mas simplesmente para diminuir gastos	++
... Contexto atual adverso e sistema de saúde sem margem do ponto de vista financeiro, pelo que não se pode insistir na “lógica do mundo perfeito” ou do “país da Alice” para que o “sistema todo seja mais eficiente e sustentável”	++	... Cuidados de saúde pouco dirigidos para a prevenção e cronicidade das patologias	++
Processo de tomada de decisão		... Organização administrativa referente às áreas de influência dos cuidados hospitalares e dos cuidados de saúde primários (nomeadamente os ACES) que em muitas situações não coincide e dificulta articulações	+
... “Combate a tudo aquilo que são lobbies no campo da saúde”	+	... Aposta nas USF em detrimento de centros e extensões de saúde gera qualidade mas diminui a acessibilidade geográfica	+
... Formulação das políticas de saúde em articulação com orientações de instâncias internacionais (e.g. CE e OMS)	+	... Oferta de cuidados continuados desinserida das necessidades das populações	+
Papel do Estado no sistema de saúde		... Ausência de planificação atempada de recursos humanos para a saúde	+
... O SNS vai garantindo a equidade no acesso (a promoção da saúde privada e a destruição do SNS coloca os que têm mais rendimentos com melhores condições de acesso)	++	Organização dos órgãos da Administração Central e Regional do Ministério da Saúde	
		... Indefinição e sobreposição de competências	+++

Sustentabilidade financeira do sistema de saúde

- ... Não sendo recente apresenta uma abordagem diferente: “agora já não é controlo dos gastos mas antes diminuição dos gastos”; “houve uma passagem da lógica de contenção de custos para a lógica de “diminuição de custos” ++

Processo de tomada de decisão

- ... Políticas atuais baseadas no cumprimento do Memorando da Troika +++++
- ... Crescente centralismo e pouca participação (“a estratégia de comando-controle é dominante”) +++
- ... Sujeito a muitas pressões: autárquicas, políticas e por parte dos profissionais de saúde +++
- ... Pouco conhecimento do que se passa “no terreno” e respostas *ad hoc* (e.g. “tem-se definido a oferta sem se saber se responde de facto às necessidades da procura”) ++
- ... Planeamento de curto prazo com sucessivas alterações de políticas +
- ... Pouca capacidade de articulação entre a formulação de políticas e a implementação +
- ... Inexistência de avaliação de impacto de determinadas medidas (e.g. taxas moderadoras) +

Papel do Estado no sistema de saúde

- ... Falta de estratégia conjunta para a saúde que articule prestadores públicos, privados e sociais ++
- ... Tendência para uma fratura ideológica com o que é a consagração institucional, colocando as funções do Estado Social numa lógica de assistência social +

3. Dos princípios às políticas: o que fazer do ponto de vista da tomada de decisão?

Partindo dos princípios definidos como prioritários pelos entrevistados, bem como da avaliação que fazem da realidade e da trajetória das políticas atuais, procurou indagar-se quais as políticas que, na sua ótica, deveriam ser formuladas atualmente por forma a debelar alguns dos atuais problemas que o sistema nacional de saúde enfrenta, melhorar a prestação de cuidados e consequentemente contribuir para uma melhoria do estado de saúde dos cidadãos.

As políticas apontadas pelos entrevistados incidiram essencialmente no domínio da organização dos prestadores de cuidados de saúde, visando, quer a melhoria da prestação de cuidados de proximidade, quer uma diminuição dos custos associados aos cuidados hospitalares, quer ainda uma maior articulação entre os diferentes tipos de prestação de cuidados. Refira-se que houve também um elevado consenso em torno da necessidade de se efetuar uma discriminação positiva das áreas mais remotas e de determinados grupos sociais (designadamente os mais idosos) para promover uma maior equidade de acesso aos cuidados de saúde e justificar, ou a presença de determinados serviços de saúde em determinados locais com menor densidade demográfica, ou a procura de soluções alternativas de acesso.

O próximo quadro procura sistematizar o que, de acordo com os entrevistados, devem ser as linhas de orientação prioritárias. Do mesmo modo, procura espelhar-se de que forma essas orientações são coerentes com o diagnóstico apresentado pelos entrevistados. Neste âmbito, é possível verificar que, de uma forma geral, as linhas de orientação definidas procuram responder ao diagnóstico traçado, embora importe realçar que do ponto de vista da organização de processos educacionais e culturais foram mencionados objetivos de política que não tinham sido referenciados previamente.

Quadro 16: Linhas de orientação prioritária

Domínio de orientação política	Linhas de orientação	Nível de consenso	Relação com diagnóstico (aspectos avaliados como positivos)	Relação com diagnóstico (aspectos avaliados como negativos)
Organização dos prestadores de cuidados de saúde	Coordenar os diferentes tipos de cuidados de saúde, agilizando a referenciação de utentes entre os cuidados primários, os hospitalares e os continuados e assegurando uma articulação e continuidade de cuidados e garantindo uma fluidez nos circuitos que os utentes necessitem de percorrer	++++	/	Deficiente articulação entre os diferentes tipos de cuidados de saúde Não continuidade das reformas dos cuidados de saúde primários e dos cuidados continuados Organização administrativa referente às áreas de influência dos cuidados hospitalares e dos cuidados de saúde primários (nomeadamente os ACES) que em muitas situações não coincide e dificulta articulações
	Continuar a reforma dos cuidados de saúde primários, dotando todo o país de USF e avançando com todas as unidades funcionais	++++	Contratualização introduz vantagens em termos de responsabilização Desempenho das USF	Não continuidade das reformas dos cuidados de saúde primários Cuidados de saúde pouco dirigidos para a prevenção e cronicidade das patologias Aposta nas USF em detrimento de centros e extensões de saúde gera qualidade mas diminui a acessibilidade geográfica
	Reformular a oferta de cuidados hospitalares, adequando a oferta à procura, concentrando adequadamente e articulando eficiência com qualidade e acessibilidade geográfica	++++	Maximização da especialização e Concentração de cuidados hospitalares (e.g. criação de Centros Hospitalares) Contratualização introduz vantagens em termos de responsabilização Redução dos custos dos fatores de produção	Organização interna dos cuidados hospitalares conduz à ineficiência Oferta excessiva de cuidados hospitalares Políticas de concentração dos serviços com uma inversão de valores: não com o objetivo de aumentar a qualidade, mas simplesmente para diminuir gastos

	Continuar a reforma dos cuidados continuados, repensando os cuidados para certo tipo de determinantes do séc. XXI, garantindo que os utentes fiquem mais perto dos familiares e contribuindo para uma diminuição das despesas de utilização de camas hospitalares	++++	/	<p>Não continuidade das reformas dos cuidados continuados</p> <p>Cuidados de saúde pouco dirigidos para a prevenção e cronicidade das patologias</p> <p>Oferta de cuidados continuados desinserida das necessidades das populações</p>
	Promover uma maior equidade de acesso aos cuidados de saúde, garantindo uma discriminação positiva de áreas mais remotas e de determinados grupos sociais (designadamente os idosos) através, ou da presença de serviços de saúde em determinados territórios, ou da procura de soluções alternativas de acesso	++++	Matriz central do SNS em termos de oferta de cuidados de saúde tem-se mantido, não se verificando distorções do ponto de vista da equidade no acesso	<p>Disparidades na oferta de cuidados de saúde (litoral vs interior)</p> <p>Ausência de planificação atempada de recursos humanos para a saúde</p>
	Melhorar a organização e prestação dos cuidados de saúde primários, aperfeiçoando a prática clínica e articulando as questões do acesso com a dimensão necessária para prestar cuidados com qualidade	+++	/	<p>Não continuidade das reformas dos cuidados de saúde primários</p> <p>Aposta nas USF em detrimento de centros e extensões de saúde gera qualidade mas diminui a acessibilidade geográfica</p>
	Promover uma medicina compreensiva, oportunista e de proximidade, fortalecendo e ampliando o papel dos cuidados de saúde primários junto das comunidades	+	/	<p>Não continuidade das reformas dos cuidados de saúde primários e dos cuidados continuados</p> <p>Cuidados de saúde pouco dirigidos para a prevenção e cronicidade das patologias</p>
	Desenvolver modelos de serviços de saúde centrados no utente, organizando a abordagem do diagnóstico e do tratamento integral do doente para determinadas sintomatologias (e.g. cefaleias)	+	/	/
Organização dos órgãos da Adm. Central e Regional do	Melhorar a articulação entre as instituições da Administração Central e Regional e entre estas e os prestadores de cuidados de saúde, clarificando com maior exatidão as competências	+	/	Indefinição e sobreposição de competências

Min. da Saúde	das instituições e eliminando sobreposição de funções			
Processo de tomada de decisão	Desenvolver mecanismos de participação nos processos de tomada de decisão, assegurando o envolvimento dos diversos atores integrantes do sistema de saúde	++	/	<p>Crescente centralismo e pouca participação (“a estratégia de comando-controle é dominante”)</p> <p>Sujeito a muitas pressões: autárquicas, políticas e por parte dos profissionais de saúde</p> <p>Pouco conhecimento do que se passa “no terreno” e respostas <i>ad hoc</i> (e.g. “tem-se definido a oferta sem se saber se responde de facto às necessidades da procura”)</p> <p>Pouca capacidade de articulação entre a formulação de políticas e a implementação</p>
	Desenvolver mecanismos de aprendizagem de boas práticas, assegurando a partilha de informação e conhecimento	+	/	<p>Pouco conhecimento do que se passa “no terreno” e respostas <i>ad hoc</i> (e.g. “tem-se definido a oferta sem se saber se responde de facto às necessidades da procura”)</p> <p>Inexistência de avaliação de impacto de determinadas medidas</p>
	Dotar o sistema de saúde de instrumentos úteis para o planeamento em saúde e uma utilização racional dos recursos disponíveis, repensando a natureza e a comunicação dos instrumentos existentes à escala nacional, regional e local	+	Formulação das políticas de saúde em articulação com orientações de instâncias internacionais (e.g. CE e OMS)	<p>Políticas atuais baseadas no cumprimento do Memorando da Troika</p> <p>Planeamento de curto prazo com sucessivas alterações de políticas</p> <p>Pouca capacidade de articulação entre a formulação de políticas e a implementação</p>
Papel do Estado no sistema de saúde	Promover uma estratégia conjunta para a saúde que articule prestadores públicos, privados e sociais, ponderando as respetivas complementaridades e estimulando uma maior qualidade dos serviços prestados	++	/	Falta de estratégia conjunta para a saúde que articule prestadores públicos, privados e sociais
Organização de	Apostar na literacia em saúde, promovendo a participação e	+++	/	/

processos educacionais e culturais	educação dos utentes na área da saúde e capacitando-os para participar nos processo de decisão			
	Apostar na autogestão da doença crónica, integrando a perspetiva clínica com a informacional e aumentando as competências das pessoas para responder às exigências da doença	+	/	/

4. Os métodos de suporte à decisão

Tentou perceber-se junto dos entrevistados que tipo de métodos de apoio à decisão são normalmente usados nos processos de formulação de políticas de saúde. Por forma a facilitar a análise das respostas, foram apresentados quatro métodos que, de forma distinta, auxiliam a leitura sobre o posicionamento de cada ator face a métodos de análise mais formal ou informal ou, num outro registo, métodos mais centralizados (lógica *top-down*) ou claramente influenciados pelas bases (lógica *bottom-up*):

- Análises objetivas que reflitam as vontades dos cidadãos, como por exemplo o recurso à Análise Custo-Benefício;
- Análises baseadas na opinião de peritos, como por exemplo o recurso à Análise Multicritério;
- Análises baseadas no desenvolvimento de técnicas de participação dos principais agentes interessados, quer da esfera da oferta, quer representantes da procura (e.g. determinadas associações);
- Análises baseadas na auscultação dos cidadãos em geral, seja do ponto de vista presencial, seja recorrendo ao auxílio das TIC.

Quando confrontados com esta questão, a resposta foi sempre de natureza genérica, não articulando por isso os métodos de suporte à decisão com políticas ou escalas de atuação concretas, isto é, qual o método a usar em casos concretos.

Perante os quatro métodos apresentados, os vários entrevistados começaram logo por sublinhar que, apesar de tudo, as decisões são e devem ser de natureza política, independentemente do tipo de métodos que se utilizem. Por outras palavras, os resultados obtidos podem indicar um determinado caminho, mas a decisão final do político pode acabar por ir noutra direção. A título de exemplo, um dos entrevistados referiu o seguinte: *“as decisões não devem ser tomadas a régua e esquadro, isto é, de natureza técnica somente. Por exemplo, fechar-se uma maternidade em Mirandela pode ser perigoso. Não é por não ter um número de partos suficientes que se deve encerrar, já que a deslocação para Bragança ou Vila Real é longa. Esta questão ajuda a perceber por que razão tem de haver discriminação positiva”*.

Por outro lado, quase metade dos entrevistados foi incapaz de basear a sua resposta num procedimento em concreto, referindo que a maioria dos processos de formulação inclui um pouco de cada um dos métodos apresentados, ou como um referiu, *“um mix virtuoso de isto tudo”*.

De entre os que apontaram algum método de suporte à decisão, a preferência recaiu na análise baseada no desenvolvimento de técnicas de participação dos principais agentes interessados, procedimento que dizem ser crucial para posterior implementação das políticas. Parte deles acrescentou inclusive que este método deveria ser articulado com o envolvimento de peritos de forma a dar robustez a algumas

decisões, principalmente quando confrontados com diferentes cenários alternativos. Sobre o recurso a peritos nos processos de tomada de decisão, dois entrevistados foram claramente contra o seu envolvimento. Um deles mencionou a este propósito que *“a análise feita por peritos é ‘top-down’, o que não faço!”*; já o outro argumentou: *“tenho alguma desconfiança das comissões para darem pareceres técnicos, porque há um alto grau de probabilidade de que numa comissão de 5, 6 ou 7 peritos, independentemente da sua qualidade, haja 2 ou 3 que estão influenciados por grandes grupos de interesse. Portanto, a comissão técnica pode estar minada por interesses ligado ao sector”*.

Uma minoria dos entrevistados referiu a ACB como sendo o método preferencial essencialmente no que respeita a grandes investimentos com elevado impacto económico e social. Um dos entrevistados referiu inclusive *“nunca tomei nenhuma decisão que não fosse solidamente assente em estudos económicos! (...) deve recorrer-se a ferramentas de análise económica para estudar o tópico de saúde de forma a aprofundar escolhas, isto é, para apoiar os processos de tomada de decisão política”*, argumento seguido de perto por outro entrevistado: *“ninguém pode tomar decisões sem ter estudos rigorosos”*. Mas este entrevistado acabaria por referir que mesmo quando se realizam estudos de viabilidade económico-financeira é preciso saber lidar, dialogar e negociar com os profissionais e outras partes interessadas, pelo que as decisões a tomar nunca são fáceis e devem ter patente o sentido político e o interesse da população local e nacional. Curiosamente, e embora reconhecendo a importância da ACB enquanto método de suporte à decisão, um dos entrevistados colocou algumas reticências quanto ao seu uso na saúde: *“na ACB existe uma questão a pensar: para se valorizar os benefícios, a lógica usada pelos economistas consiste na análise da disponibilidade para pagar; mas na saúde os cidadãos estão habituados a ter saúde à borla e, portanto, embora se possa fazer, a lógica do ‘free rider’ aplica-se muito aqui. Assim, basear decisões em saúde na ACB tem os seus riscos”*.

Por último, refira-se que só para um dos entrevistados é que a tomada de decisão se deveria basear essencialmente na auscultação dos cidadãos. Para a maioria, embora seja importante a auscultação dos cidadãos, essencialmente com recurso às TIC, a tomada de decisão não pode depender prioritariamente deste fator. Aliás, sobre o perigo que isto pode transportar, importa recordar as palavras de um dos entrevistados: *“nos cuidados de saúde, o consumidor tem pouca informação do serviço que lhe é prestado. Portanto, a lógica do mercado não funciona. Se atendermos simplesmente a preferências do consumidor (neste caso o cidadão), provavelmente não estamos a montar uma rede de cuidados de saúde de qualidade e que responda às suas necessidades. Há assimetria de informação que tem de ser refletida no planeamento”*.

Portanto, para os entrevistados a decisão é maioritariamente do foro político, devendo no entanto basear-se em informação em concreto (componente técnica, via por exemplo uma análise multicritério) e tendo em consideração o diálogo e o envolvimento das partes interessadas. No entanto, a ausência de ligação dos métodos de suporte à decisão com objetivos de política e escalas de atuação concretas não

permitiu aferir se o peso relativo de cada uma destas componentes variava com as escalas e com a dimensão e complexidade das questões em causa.

Contrariamente a outros campos de análise, foi possível aqui efetuar-se uma análise complementar capaz de relacionar a postura dos entrevistados em relação aos métodos de suporte à decisão face às suas características profissionais e académicas. Do ponto de vista do exercício da sua atividade profissional, os decisores/ex-decisores governamentais foram os que, de uma forma geral, escolheram um dos métodos de apoio à decisão. Pelo contrário, os decisores da administração central ou independentes da Administração Central, bem como os decisores da administração regional foram os que apresentaram respostas mais repartidas, maioritariamente não apontando um procedimento em concreto. Ao nível das suas habilitações académicas, também aqui foi possível evidenciar-se uma tendência de resposta no que diz respeito aos que detêm uma formação em Gestão/Economia ou com especialização neste domínio face aos restantes, indicando um dos métodos em concreto. Neste contexto, importa aqui relembrar a afirmação efetuada por um dos entrevistados: *“para se tomarem decisões na área da saúde, isto é, para se ser um bom decisor na saúde, (...) pressupõe uma formação em gestão, uma visão humanista e, mais do que o domínio das técnicas operacionais, uma visão estratégica”*.

5. Uma perspetiva escalar: onde atuar?

A resposta a esta questão foi sempre de natureza genérica, não se efetuando qualquer paralelismo entre as escalas e os objetivos de política traçados. Aliás, quando confrontados com esta questão, a resposta mais frequente foi a de que a escala nacional (por intermédio da esfera governativa e a dos restantes órgãos da administração central) constitui o palco por natureza de formulação de orientações estratégicas, normativas e técnicas para o país como um todo.

Apesar de tudo, foi opinião geral que a escala regional é fundamental para o sector da saúde, designadamente no que concerne a:

- Assegurar que as populações tenham os cuidados que necessitam e haja uma equidade de acesso;
- Repensar a oferta de cuidados de saúde e respetivas áreas de cobertura;
- Criar sinergias intersectoriais do ponto de vista das orientações estratégicas.

Dotar as regiões destas responsabilidades significa, na ótica dos entrevistados, que as instituições regionais (ARS) devem ser capazes de efetuar um claro diagnóstico das necessidades de cada território (ou seja, conhecer a realidade) e planear e coordenar as intervenções de forma articulada com as orientações nacionais. Portanto, a ligação nacional/regional revela-se fundamental quer no âmbito da formulação de políticas, quer no que respeita à operacionalização de estratégias nacionais que, se espera, sejam regionalmente contextualizadas. No entanto, nas palavras de um dos entrevistados, a

importância do nível regional tem-se esbatido do ponto de vista do poder das instituições: *“nos últimos tempos tem havido uma perda enorme de poderes das regiões para haver uma maior centralização de decisões em Lisboa. Ou seja, muitos poderes regionais estão a passar para estruturas centrais e perdendo muito do conhecimento que existe e a capacidade de se analisar adequadamente as necessidades locais e regionais”*.

Por outro lado, também foi destacada por vários entrevistados a importância da escala local designadamente nos cuidados de saúde proximidade: *“tudo o que parta do nível local tem normalmente em atenção as necessidades locais”*, disse inclusive um dos entrevistados. No entanto, foram também vários os que focaram a influência que o poder local e outros agentes exercem a este nível, o que pode causar entraves à definição de uma estratégia mais global.

No que respeita ao caso concreto do planeamento da oferta de cuidados, um dos entrevistados referiu claramente que este deve ser feito de acordo com as seguintes escalas e patamares de decisão: serviços cuja especialidade e complexidade só se justifica em número muito reduzido no país (decisão tomada a nível nacional), definição de serviços que devem estar disponíveis em cada região (decisão tomada a nível nacional em articulação com as regiões), definição de serviços que devem estar disponíveis em cada prestador de cuidados (decisão tomada a nível regional).

6. Uma perspetiva institucional: quem envolver?

De modo semelhante à questão anterior, a resposta dada pelos entrevistados foi também de natureza genérica, não efetuando qualquer paralelismo entre os objetivos de política traçados e as instituições a envolver em cada caso.

Do ponto de vista da formulação das linhas de orientação estratégica para a saúde, há um consenso generalizado que este papel deve ser assumido pelo governo, coadjuvado pelos órgãos da Administração Central do Ministério da Saúde. Sobre estes órgãos, mais de 1/3 dos entrevistados chamou a atenção para o facto de ser necessário esclarecer algumas funções e competências dos órgãos da Administração Central para evitar a sobreposição que, em determinados casos, se verifica. Neste âmbito, uma minoria de entrevistados efetuou três observações que importa mencionar:

- Deveria haver um Gabinete de Planeamento Estratégico inserido diretamente no Ministério da Saúde à semelhança do que se verifica noutros ministérios;
- Deveria haver um grande instituto de saúde pública, que poderia resultar da junção da DGS com o INSA;
- O desempenho da máquina central do ministério no auxílio da definição de políticas e na sua operacionalização, segundo um dos entrevistados, *“depende muito das pessoas e de uma correlação de forças que não tem nada a ver com a organização formal do Estado”*. E o que por vezes se verifica, de

acordo com outro entrevistado, é que estas instituições *“fazem o seu exercício sistemático de sobrevivência e, portanto, se puderem capturar as competências que deveriam estar descentralizadas, fazem-no”*.

A maioria dos entrevistados também sublinhou a importância das ARS no sistema nacional de saúde, realçando o valor da escala regional na saúde e considerando-as peças fundamentais para promover a cooperação e discussão entre os diferentes prestadores de cuidados. Neste âmbito, um dos entrevistados referiu o seguinte: *“não sei como é que é possível dirigir um sistema de saúde num país sem administrações regionais de Saúde absolutamente fortes, absolutamente capazes e absolutamente determinadas com poderes sobre todos os hospitais”*. Apesar de tudo, várias críticas foram apontadas a estas instituições, sendo a mais generalizada o facto de na sua tutela não estar separado o financiamento da prestação. Houve inclusive um entrevistado que menosprezou o papel das ARS no sistema nacional de saúde referindo inclusive que *“as ARS não fazem falta alguma: o país é muito pequeno! O que é preciso é ter uma visão nacional e não concelhia”*.

Ainda no campo da organização dos serviços de saúde, cerca de 1/3 dos entrevistados referiu os ACES enquanto instituições que podem ter um papel importante, quer do ponto de vista da organização dos cuidados de saúde primários, quer na articulação com os cuidados hospitalares. Contudo, mesmo reconhecendo a sua relevância, as observações efetuadas foram essencialmente no sentido de realçar o que de menos bom se verifica neste domínio, como espelham alguns comentários efetuados:

“Não se percebe bem a reforma dos ACES (...) o retalho geográfico dos ACES começou a ser ilógico, sem grande rigor (...) esta questão não está cimentada”

“Com as unidades pequenas que existem nos ACES há uma série de chefias... e depois há lá um tipo que se chama coordenador do centro de saúde mas não coordena nada... e portanto o diretor do ACES que deveria coordenar tudo, acaba por não conseguir coordenar na prática. Neste caso, o que se quer é que com uma máquina organizativa administrativa possa ir tudo para o ACES e este vai fazer um contrato programa bem feito com a ARS: há aqui um montante financeiro e vocês agora são responsáveis para geri-lo. Agora ainda não é assim: é preciso uma tomada de eletricidade e vai o pedido ter à ARS”

Ainda no que se refere aos ACES, um dos entrevistados questionou inclusive a sua existência: *“os ACES são miniconselhos de administração das ARS, pelo que não deveriam existir!”*

Ao nível dos prestadores de cuidados de saúde, uma minoria fez referência às ULS enquanto entidades decisivas na articulação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados hospitalares. No seu entender, são modelos de prestação de cuidados com um financiamento único para cuidados primários e hospitalares para uma determinada área de influência, que podem constituir uma aposta mais generalizada no país. Contudo, um dos entrevistados foi bastante crítico em relação à forma como

estas entidades na prática funcionam: *“na realidade, as ULS significam pegar nos centros de saúde e hospitais, pondo uma administração comum e pensar que fazendo só isto os problemas ficam resolvidos. É evidente que o que as pessoas estão a discutir é quem tem carros, motoristas, telemóveis... estando-se nas tintas para os doentes. Por isto, eu sou um opositor das ULS. As pessoas concentram-se na gestão dos funcionários, dos recursos... e os doentes só lá estão a atrapalhar; quando se chega à altura de pensar nos doentes já passaram dois anos e continua toda a gente muito divertida a organizar-se”*.

Saindo da esfera estrita dos serviços de saúde, as autarquias foram mencionadas por quase metade dos entrevistados como sendo peças fundamentais para os cuidados de saúde, essencialmente a dois níveis: no domínio da prevenção e promoção da saúde e na assistência aos cuidados de saúde, proporcionando meios de transporte que auxiliem os utentes a deslocarem-se aos prestadores de cuidados). Um dos entrevistados referiu inclusive que o papel das autarquias pode ser crucial até ao nível da disponibilização de espaços para prestação de cuidados de saúde. Apesar de tudo, uma minoria dos entrevistados alertou para o papel negativo que as autarquias por vezes desempenham, efetuando grandes campanhas populistas que prejudicam uma visão estratégica da oferta de cuidados de saúde. Neste sentido, foi opinião global que o papel das autarquias está em muito relacionado com a liderança e a sensibilidade à temática da saúde.

O envolvimento de outras instituições nos processos de tomada de decisão, sejam da sociedade civil em geral (e.g. associações de doentes ou voluntariado), sejam de outros sectores (ambiente, segurança social, educação, proteção civil), foi também referido durante as entrevistas, ainda que por uma minoria de pessoas. No seu entender, são instituições que podem ter um papel fulcral nos processos de tomada de decisão, designadamente ao nível local.

Neste contexto, alguns dos entrevistados referiram que os Conselhos da Comunidade criados no âmbito dos ACES surgiram precisamente com este propósito, ou seja, de envolver e articular agentes de diversas áreas de forma a programar a identificação de necessidades em matéria de saúde, bem como de promover a articulação entre os ACES e os municípios da sua área geográfica.

Finalmente, e de um ponto de vista mais global, três dos entrevistados sublinharam o problema que existe no sistema nacional de saúde pelo facto de se cingir basicamente ao Serviço Nacional de Saúde (SNS). Neste sentido, estes entrevistados defendem que deveria haver uma retirada progressiva do Estado enquanto produtor de cuidados de saúde, permanecendo enquanto contratador (por ato) e fiscalizador. Contudo, também realçam dois aspetos a que importa atender: i) Para contratualizar bem e regular é preciso ter informação e competências; ii) havendo público, privado e social para cada tipo de cuidados (CSP, CH, CC), é necessário que haja uma entidade reguladora independente (que não

pertença ao Estado), por forma a analisar o acesso (para não haver procura adversa, em que o privado para não gastar muito com determinados pacientes, referencia-os para o hospital público mais perto), qualidade, prazos e respostas.

7. Uma perspetiva instrumental: com que mecanismos intervir?

Do ponto de vista da ligação das políticas de saúde (*o quê?*) aos instrumentos de política (*através de quê?*), as respostas também foram de natureza abrangente e não específicas para os objetivos de política avançados previamente por cada um dos entrevistados.

Começando pelo nível nacional, 4 dos entrevistados foram claros ao apontar o Programa do Governo, o Orçamento do Estado e as GOP como sendo os principais instrumentos de natureza estratégica que influenciam os restantes. Apesar de tudo, neste contexto, um destes entrevistados levantou a seguinte questão: *“as GOP do Governo são importantes, mas... será que são bem operacionalizadas? Será que na concretização das GOP os membros da saúde são ouvidos?”*

Ainda ao nível macro, 3 outros entrevistados mencionaram o memorando da Troika enquanto instrumento claramente condicionador da linha estratégica da saúde em Portugal. Dois destes entrevistados realçaram os seus aspetos positivos na perspetiva de maximizar os resultados ao custo mínimo, enquanto o outro sublinhou que a sua execução suplanta capacidade de fazer política, influenciando por isso de forma negativa qualquer linha de orientação estratégica que possa existir na saúde.

O instrumento estratégico e programático por excelência para a saúde a nível nacional, e que reuniu o maior consenso entre os entrevistados, é o Plano Nacional de Saúde (PNS). Aliás, foram vários os que elogiaram o atual PNS em comparação com o anterior, embora também tenham referido que dá a sensação de o processo e o plano não terem finalizado: *“parece que ficou a meio caminho, talvez motivado pelo fim do Alto Comissariado e com o afastamento das pessoas que estavam a agilizar o plano”*, nas palavras de um entrevistado. Neste contexto, contudo, um dos entrevistados mencionou que aquilo que se espera do PNS é que esteja associado a um *“processo contínuo, eminentemente adaptável”*, pelo que esta situação é expectável. Ainda que a maioria tenha sublinhado a importância do PSN (*“não como tábua de salvação, mas como linha de orientação, isto é, para de perceber para onde se quer caminhar”*, nas palavras de um dos entrevistados), dois deles questionaram a sua utilidade, na medida em que, na sua opinião, a informação não chega aos profissionais o que, conseqüentemente, gera desarticulação com as diretrizes que cada prestador define.

Por outro lado, uma minoria referiu a Carta Hospitalar enquanto bom instrumento para conhecer a realidade nacional e para se tomar decisões em função dos objetivos definidos. Contudo, dois dos entrevistados foram bastante críticos em relação à Carta Hospitalar proposta, argumentando, num caso, que *“no essencial não é mais do que um exercício de distribuição de algumas valências, ou seja, prende-se com a reorganização de que cada Centro Hospitalar faz das suas valências”* e, no outro, que *“foi um ‘flop’, incompleta e parcial, apenas para algumas especialidades e que não deram em nada (nem poderia dar) pois não foi feita com ‘pés e cabeça’ por um gabinete de planeamento com tempo e com a integração das coisas. Aliás, uma Carta Hospitalar não pode ser feita só para os hospitais”*.

No âmbito da discussão em torno do PNS e da Carta Hospitalar, um dos entrevistados sublinhou que, *“do ponto de vista da organização e localização dos serviços de saúde, teoricamente há um instrumento – as Redes de Referência –, em que se estabelecem as redes de várias patologias e que, pelo menos teoricamente, estão implantadas onde essas necessidades mais se fazem sentir”*. De acordo com o entrevistado, estas redes devem corresponder a um sistema integrado e hierarquizado, onde cada instituição conhece as suas funções e competências, que visa satisfazer, de forma concertada, as necessidades de assistência hospitalar nas mais diversas especialidades em articulação com os outros cuidados (primários e continuados). No entanto, o mesmo entrevistado chama a atenção para o facto de estas redes, na realidade, não estarem em completa sintonia com as necessidades de cada região e, por isso, não contribuírem para um efetivo aproveitamento dos recursos existentes.

Por outro lado, e ainda a nível nacional, um dos entrevistados mencionou que faltam estruturas de diálogo entre as instituições locais para que os instrumentos de política possam ser consensuais e com maior grau de operacionalização, referindo que *“houve aqui e além algumas tentativas de colmatar estes problemas de falta de diálogo: fóruns nacionais de saúde; reuniões regulares no âmbito da Assembleia da República... mas ainda não estão verdadeiramente institucionalizadas e alguns grupos que as podiam fomentar não têm tido desenvolvimento; por exemplo, a Constituição prevê o Conselho Nacional de Saúde que nunca foi montado, existe um Conselho Nacional de Saúde Pública que não se reúne”*.

Cerca de 1/3 dos entrevistados realçou também a importância de instrumentos à escala regional, designadamente o Plano Regional de Saúde (PRS), guião fundamental para as intervenções políticas e técnicas e que deve ser construído com os prestadores de cuidados de cada região. Ainda assim, dois destes entrevistados menosprezaram a sua importância sublinhando que praticamente não existem. Um deles, neste contexto, chamou a atenção para o facto de as componentes de saúde pública deverem ser analisadas estrategicamente à escala regional, o que atualmente não acontece. Aliás, o mesmo referiu que cada ACES, através do respetivo departamento de saúde pública aí incluído, deveria atuar como um observatório local de saúde, devendo tratar a informação da sua área de influência e auxiliar na

definição de orientações, e aí sim poderiam estar criadas condições para se efetuar um diagnóstico mais abrangente para se pensar num plano de saúde de âmbito regional.

Para 4 dos entrevistados, no entanto, embora a importância da existência de instrumentos de planeamento estratégico, independentemente da escala, coerentes e integrados e com objetivos claros, seja reconhecidamente uma mais-valia para a formulação de políticas de saúde, o que é de facto mais importante é a existência de mecanismos de monitorização e avaliação *“para ver se estamos a caminhar bem”* (nas palavras de um dos entrevistados). O argumento apresentado por um dos entrevistados neste contexto é esclarecedor: *“a existência de instrumentos que permitam ter uma visão estratégica para a saúde pode ser útil... mas com dúvida! Ou há condições para corrigir com regularidade ou é um tremendo equívoco: as coisas mudam muito rapidamente e pode tornar-se num esforço completamente inútil estar a tentar operacionalizar algo que já não faz sentido”*. Um outro entrevistado referiu também que *“a atual conjuntura pode não ser a melhor para a realização de planos. A questão essencial devem ser os objetivos (isto é, as responsabilidades de cada instituição) e os resultados que apresentam”*. Neste contexto, um dos entrevistados mencionou que já há alguns instrumentos de monitorização e avaliação interessantes como sejam os QUARs (Quadros de avaliação e responsabilização) ou mesmo a própria contratualização: *“a ARS contratualiza com os hospitais e com os ACES e eles contratualizam internamente, isto é, o ACES contratualiza com as suas unidades funcionais e os hospitais contratualizam com os seus serviços todo um conjunto de indicadores de produção e de resultado. Todo este conjunto é que faz com que se atinja ou não o que contratualizam com a ARS”*.

Por fim, na opinião de uma minoria de entrevistados, mais do que planos ou mecanismos de monitorização e avaliação, é a qualidade e a competência das lideranças (*“pessoas certas nos lugares certos”*, de acordo com um dos entrevistados) que é crucial para se formularem e operacionalizarem as políticas. O comentário efetuado por um dos entrevistados sobre esta questão é esclarecedor: *“antes pensava muito na mentalidade do regulamento de disciplina militar e do conde de Lippe, notável militar e político alemão do séc. XVIII; uma peça fantástica do ponto de vista normativo e de criação de uma mecânica institucional. Perdi por completo esta ilusão. O melhor é ter pessoas que suscitam o respeito, sejam muito competentes e tenham experiência”*.

O próximo quadro procura sintetizar de forma esquemática a articulação existente entre este ponto e os dois previamente analisados, ou seja, a escala de atuação, as principais instituições a envolver e os instrumentos primários de intervenção a utilizar. Trata-se de um exercício interpretativo dos comentários efetuados pelos entrevistados, não decorrente de uma articulação efetuada de forma explícita durante as entrevistas.

A análise do quadro mostra, desde logo, uma clara fragmentação do ponto de vista das principais instituições a envolver na formulação das políticas de saúde, dos instrumentos de intervenção a utilizar e dos aspetos críticos sobre os quais importa ponderar para ultrapassar constrangimentos que existam. Apesar de tudo, de um ponto de vista geral, a ideia que sobressai sobre as principais instituições a envolver para cada escala de intervenção e os respetivos instrumentos-chave é a seguinte:

- À escala nacional o principal instrumento a utilizar é o Plano Nacional de Saúde, essencialmente para a definição de linhas programáticas e de orientação, a desenvolver pelo Governo e entidades da Administração Central;
- À escala regional, o instrumento de eleição é o Plano Regional de Saúde, com o intuito de definir a oferta de cuidados de saúde e respetivas áreas de cobertura, promover a articulação entre diferentes prestadores de cuidados e promover sinergias intersectoriais do ponto de vista das orientações estratégicas, a desenvolver pelas ARS;
- À escala sub-regional/local, as instituições destacadas para promover a saúde e dar assistência aos cuidados de saúde foram as autarquias, mas não foi referido qualquer instrumento que pudesse ser aplicado nestas circunstâncias.

Quadro 17: Relação escala de atuação / principais instituições a envolver / instrumentos primários de intervenção a utilizar

Escala	Instituições	Objetivos	Nível de consenso	Aspetos críticos	Nível de consenso	Instrumentos de política	Objetivos	Nível de consenso	Aspetos críticos	Nível de consenso
Nacional	Governo e órgãos da Administração Central	Formulação de orientações estratégicas, normativas e técnicas para o país	+++	Sobreposição de funções e competências de alguns órgãos da Administração Central	+++	Programa de Governo	Definição de linhas estratégicas para o sector da saúde e com carácter influenciador dos outros instrumentos	++	Dificuldade em operacionalizar as estratégias definidas	+
						Orçamento de Estado			Não auscultação de profissionais de saúde durante a elaboração	+
						Memorando da Troika	Definição de linhas estratégicas para o sector da saúde e com carácter condicionador da linha estratégica da saúde em Portugal	+	Otimização dos resultados ao custo mínimo	+
									Execução suplanta a capacidade de fazer política	+
						Plano Nacional de Saúde	Definição de linhas programáticas e de orientação	++++	Plano inacabado	+
									Informação não chega aos profissionais	+
						Carta Hospitalar	Definição e caracterização da oferta hospitalar	+	Incompleta e parcial	+
						Redes de Referenciação Hospitalar	Definição da hierarquização, organização e localização dos cuidados hospitalares	+	Parcas na articulação com as necessidades de cada região	+
Regional	ARS	Definição da oferta de cuidados de saúde e respetivas áreas de cobertura	+++	Não separação financiamento vs. prestação de cuidados	++	Plano Regional de Saúde	Definição das necessidades da região e planeamento dos serviços de saúde e da afetação de recursos	++	Pouca utilização (não se conhecem os planos)	+
		Promoção da		Perda de					Parca componente de saúde pública	+

		articulação entre diferentes prestadores de cuidados		Poderes gradual para a Administração Central	+						
		Promoção de sinergias intersectoriais do ponto de vista das orientações estratégicas									
Sub-regional / local	ACES	Organização de cuidados de saúde primários		Organização geográfica duvidosa (áreas de influencia)	++	Contratualização QUAR	Definição de metas para monitorização e avaliação	+	/	/	
		Promoção de articulação entre cuidados primários e cuidados hospitalares	++	Falta de poder efetivo dos diretores							
	ULS	Promoção de articulação entre cuidados primários e cuidados hospitalares	+	Preocupações não centradas nos utentes	+	/	/	/	/	/	
	Autarquias	Prevenção e promoção da saúde	+++	Natureza populista que prejudica uma visão estratégica da saúde	+	/	/	/	/	/	
	Outros agentes da sociedade civil	Participação nos processos de tomada de decisão	+	Participação ativa pode ser efetuada via Conselhos da Comunidade dos ACES	+	/	/	/	/	/	

8. Das políticas à sua operacionalização: o que fazer na prática?

Tendo como ponto de partida as políticas que, na ótica dos entrevistados, deveriam ser formuladas atualmente por forma a debelar alguns dos atuais problemas que o sistema nacional de saúde enfrenta, melhorar a prestação de cuidados e consequentemente contribuir para uma melhoria do estado de saúde dos cidadãos, procurou perceber-se como estas se poderiam traduzir em ações práticas, ou seja, quais os meios operacionais necessários para cumprir os objetivos de política formulados.

Dos cinco domínios de orientação política sobre os quais se centravam as linhas de orientação apontadas pelos entrevistados, somente a “Organização dos órgãos da Administração Central e Regional do Ministério da Saúde” com vista à melhoria da articulação entre as instituições da Administração Central e Regional e entre estas e os prestadores de cuidados de saúde é que não foi palco de qualquer medida operacional que exemplificasse como pôr em prática tal objetivo de política. O que não deixa de ser um facto relevante, na medida em que esta questão, embora menos consensual do ponto de vista dos objetivos de política delineados, foi mencionada por diversos entrevistados ao nível do diagnóstico. No entanto, para todos os outros domínios de orientação política foram apresentadas medidas exemplificativas sobre como alcançar as linhas de orientação definidas.

Como observado previamente, o domínio “Organização dos prestadores de cuidados de saúde” era o que apresentava, não só o maior número de linhas de orientação (isto é, os argumentos apresentados pelos entrevistados centrava-se mais neste ponto), como também o maior consenso em termos de objetivos de política a adotar. No âmbito, agora, da sua operacionalização, esta centrou-se essencialmente em três linhas de orientação política:

- Promover uma maior equidade de acesso aos cuidados de saúde, garantindo uma discriminação positiva de áreas mais remotas e de determinados grupos sociais, com 13 medidas concretas apresentadas;
- Coordenar os diferentes tipos de cuidados de saúde, assegurando uma articulação e continuidade de cuidados, com 8 medidas concretas apresentadas;
- Melhorar a organização e prestação dos cuidados de saúde primários, aperfeiçoando a prática clínica e articulando as questões do acesso com a dimensão necessária para prestar cuidados com qualidade, com 8 medidas concretas apresentadas.

No contexto acima referido, o primeiro objetivo de política foi o que maior consenso reuniu ao nível das medidas delineadas, incidindo, quer sobre meios de acesso alternativos (transportes e TIC) – por larga maioria os pontos fulcrais da argumentação apresentada pelos entrevistados –, quer sobre os recursos humanos, quer ainda sobre critérios técnicos de identificação de necessidades específicas. Desta posição tomada pela maioria dos entrevistados há duas anotações que importa sublinhar. Por um

lado, verifica-se uma correlação com alguns dos aspetos avaliados como negativos no diagnóstico traçado por parte dos entrevistados, como a disparidade de oferta de cuidados de saúde, tanto ao nível de serviços, como de recursos humanos. Por outro lado, mostra uma clara preocupação com as questões de equidade geográfica no acesso a cuidados de saúde e o reconhecimento de que, não sendo possível uma dispersão de unidades de prestação de cuidados de saúde pelo território, designadamente ao nível dos cuidados hospitalares, devem ser criadas todas as condições possíveis para que as populações mais desfavorecidas não sejam prejudicadas. Curiosamente, quando confrontados sobre como determinar quando e em que circunstâncias atuar numa ótica de discriminação positiva, a resposta incidiu, de uma forma geral, na necessidade de se juntar o bom senso político a critérios técnicos geográficos e sociais, como distâncias ou tempos de deslocação, dispersão populacional e nível de rendimento.

No que respeita às outras duas linhas de orientação de política acima referidas, importa aqui destacar duas medidas que, embora apresentando um baixo nível de consenso, destacaram-se das restantes: i) a necessidade de aumentar o número de recursos humanos (profissionais de saúde e pessoal administrativo) nos prestadores de cuidados de saúde primários em áreas mais afastadas por forma a melhorar a organização e prestação dos cuidados de saúde primários e ii) a importância de reformular a organização administrativa referente às áreas de influência dos cuidados hospitalares e dos cuidados de saúde primários (nomeadamente os ACES) para que coincidam e, consequentemente, se consiga do ponto de vista administrativo melhor articular os diferentes tipos de cuidados de saúde. Medidas que, de certa forma, vão ao encontro de algumas das preocupações manifestadas por alguns entrevistados no diagnóstico que efetuaram do sistema de saúde e das políticas atuais.

Em relação aos restantes domínios de orientação política e respetivas linhas de orientação, as medidas apresentadas para sua operacionalização, não só foram em número reduzido, como o nível de consenso foi bastante baixo. E, neste sentido, importa destacar a fragmentação de respostas apresentadas na linha de orientação referente à reforma da oferta de cuidados hospitalares, que tinha apresentado elevado nível de consenso, quer enquanto objetivo de política, quer enquanto preocupação levantada no diagnóstico traçado. Curiosamente, uma atitude semelhante foi também possível verificar-se ao nível dos processos de tomada de decisão que, embora não apresentassem um nível elevado de consenso enquanto linha de orientação, foram uma das principais preocupações referidas no contexto do diagnóstico efetuado por diversos entrevistados. De facto, não só foram poucos aqueles que se debruçaram sobre esta questão, como também as medidas operacionais foram em número reduzido. O próximo quadro procura sistematizar quais, de acordo com os entrevistados, devem ser as ações práticas a encetar para cumprir os objetivos de política formulados.

Quadro 18: Operacionalização das linhas de orientação prioritária

Domínio de orientação política	Linhas de orientação	Nível de consenso	Operacionalização	Nível de consenso
Organização dos prestadores de cuidados de saúde	Coordenar os diferentes tipos de cuidados de saúde, agilizando a referência de utentes entre os cuidados primários, os hospitalares e os continuados e assegurando uma articulação e continuidade de cuidados e garantindo uma fluidez nos circuitos que os utentes necessitem de percorrer	++++	Reformulação da organização administrativa referente às áreas de influência dos cuidados hospitalares e dos cuidados de saúde primários (nomeadamente os ACES) para que coincidam	++
			Desenvolvimento de mecanismos de penalização por incumprimento de prazos de referência e resposta	+
			Desenvolvimento de mecanismos de incentivo para os prestadores que alcancem os objetivos traçados	+
			Favorecimento das equipas dirigentes que, nos critérios de escolha por concurso, apresentem programas precisos de articulação entre os diferentes cuidados de saúde	+
			Integração clínica entre cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares (normas de orientação clínica, protocolos clínicos, registos médicos, resultados clínicos, programação clínica, serviços clínicos de suporte)	+
			Difusão de Unidades Locais de Saúde pelo território nacional	+
			Reforço do número de respostas domiciliárias garantindo a continuidade de cuidados e a articulação com os cuidados de saúde primários	+
			Aperfeiçoamento do sistema ALERT® P1	+
	Continuar a reforma dos cuidados de saúde primários, dotando todo o país de USF e avançando com todas as unidades funcionais	++++	Desenvolvimento em pleno das unidades funcionais dos ACES (USF, UCSP, UCC, USP e URAP) e os respetivos Conselhos da Comunidade por todo o país (respostas uniformizadas)	+
	Reformular a oferta de cuidados hospitalares, adequando a oferta à procura, concentrando adequadamente e articulando eficiência com qualidade e acessibilidade geográfica	++++	Encerramento de hospitais de pequena dimensão, tendo acesso prévio a informação de varia-ordem (patologias, profissionais, distâncias, qualidade)	+
			Profissionalização dos hospitais (ou seja, exclusividade dos profissionais) com progressiva separação do público/privado	+
			Replicação do modelo de monitorização das PPP aos hospitais públicos	+
			Implementação da liberdade de escolha nos hospitais públicos	+

	Continuar a reforma dos cuidados continuados, repensando os cuidados para certo tipo de determinantes do séc. XXI, garantindo que os utentes fiquem mais perto dos familiares e contribuindo para uma diminuição das despesas de utilização de camas hospitalares	++++	Definição de requisitos mínimos que as instituições devem preencher (e.g. informação clínica, informação social, informação de enfermagem) garantindo o interface para a continuidade de cuidados Priorização das UCC face às USF Encerramento de camas hospitalares	+ + +
	Promover uma maior equidade de acesso aos cuidados de saúde, garantindo uma discriminação positiva de áreas mais remotas e de determinados grupos sociais (designadamente os idosos) através, ou da presença de serviços de saúde em determinados territórios, ou da procura de soluções alternativas de acesso	++++	Desenvolvimento de serviços de transporte itinerantes (a pedido ou fixos), respondendo a critérios técnicos de acessibilidade geográfica, em articulação com as Autarquias Promoção de competências adicionais nos médicos de família (e.g. dermatologia) para poderem diagnosticar melhor certas situações sem terem de referenciar logo os pacientes para especialidades hospitalares Transferência de algumas intervenções e competências de médicos para outros profissionais de saúde Colocação de profissionais de saúde, em termos de SNS, nos locais mais necessários (<i>“contrariando por via administrativa o fenómeno centrípeto que se tem verificado na distribuição de profissionais de saúde”</i>) Promoção de consultas com recurso às TIC e monitorização de cuidados à distância Promoção de consultas de especialidades hospitalares em unidades de cuidados de saúde primários (consultas asseguradas pelos médicos do hospital de referência, seja através da definição de dias específicos de consulta, seja por marcação prévia) Desenvolvimento de <i>unidades de saúde móveis</i> Criação de acordos com empresas de transportes coletivos para deslocação de utentes a preços específicos Deslocação dos profissionais de saúde entre diferentes prestadores de cuidados hospitalares (para casos de urgência médica e tendo em conta a diferenciação de especialidades) e não o utente Definição de critérios técnicos (e.g. tempo máximo de deslocação para acesso a cuidados de saúde) ajustados aos contextos territoriais (<i>“Trás-os-Montes com neve no inverno não pode ter os mesmos</i>	++++ ++ ++ ++ ++ ++ + + + +

			<i>tipos de programação que existem no Algarve”)</i>	
			Desenvolvimento de redes de proximidade de identificação precoce de doentes que precisem de ser referenciados para centros únicos ou escassos de determinadas especialidades médicas, bem como de casos prioritários, tornando o tempo de acesso a estes serviços mais diminuto	+
			Criação de USF de natureza multipolar (ou seja, entidades com o espírito organizativo da USF mas distribuída por mais que um local)	+
			Criação de equipas de ‘rua’ e que façam visitas domiciliárias junto de determinados grupos sociais (não só para auxiliar do ponto de vista social, mas também mobilizar as comunidades)	+
	Melhorar a organização e prestação dos cuidados de saúde primários, aperfeiçoando a prática clínica e articulando as questões do acesso com a dimensão necessária para prestar cuidados com qualidade	+++	Aumento do número de recursos humanos (profissionais de saúde e pessoal administrativo) nos prestadores de cuidados de saúde primários em áreas mais afastadas	++
			Implementação da liberdade de escolha nas unidades de cuidados de saúde primários	+
			Encerramento de camas hospitalares e diminuição do nº de médicos hospitalares	+
			Reforço das competências dos ACES, designadamente nos domínios da gestão e contratualização	+
			Atribuição de um médico de família a todos os portugueses	+
			Atribuição de incentivos à gestão (e.g. financeiros), em função dos serviços que cada prestador de cuidados de saúde primários presta e em função dos utentes que aí estão inscritos	+
	Promover uma medicina compreensiva, oportunista e de proximidade, fortalecendo e ampliando o papel dos cuidados de saúde primários junto das comunidades	+	Interpretação do contexto social e clínico do utente e prestação de informação sobre dados clínicos e de promoção da saúde aos utentes e apoio domiciliário	+
			Incentivo a um modelo de cuidados de saúde assente essencialmente na ótica da prevenção	+
	Desenvolver modelos de serviços de saúde centrados no utente, organizando a abordagem do diagnóstico e do tratamento integral do doente para determinadas	+	Criação de uma loja do cidadão para pessoas com doenças crónicas	+

	sintomatologias (e.g. cefaleias)			
Organização dos órgãos da Adm. Central e Regional do Min. da Saúde	Melhorar a articulação entre as instituições da Administração Central e Regional e entre estas e os prestadores de cuidados de saúde, clarificando com maior exatidão as competências das instituições e eliminando sobreposição de funções	+	/	/
Processo de tomada de decisão	Desenvolver mecanismos de participação nos processos de tomada de decisão, assegurando o envolvimento dos diversos atores integrantes do sistema de saúde	++	Mobilização e fomento do diálogo com os diretores de serviço hospitalar no âmbito da concentração de cuidados de saúde Implementação dos Conselhos de Comunidade dos ACES por todo o país com reforço das suas competências e do número de reuniões	+ +
	Desenvolver mecanismos de aprendizagem de boas práticas, assegurando a partilha de informação e conhecimento	+	Criação de um observatório local de saúde em cada ACES (recolha e tratamento de informação e definição de orientações) Promoção de competências adicionais nos médicos de saúde pública em áreas como epidemiologia e estatística	+ +
	Dotar o sistema de saúde de instrumentos úteis para o planeamento em saúde e uma utilização racional dos recursos disponíveis, repensando a natureza e a comunicação dos instrumentos existentes à escala nacional, regional e local	+	Desenvolvimento de mecanismos (legais) que promovam a autorresponsabilidade e de direção de serviços e de melhor pagamento aos profissionais mediante o desempenho Desenvolvimento de mecanismos de avaliação de desempenho baseados, não só em indicadores de produção, mas essencialmente em indicadores de qualidade	+ +
Papel do Estado no sistema de saúde	Promover uma estratégia conjunta para a saúde que articule prestadores públicos, privados e sociais, ponderando as respetivas complementaridades e estimulando uma maior qualidade dos serviços prestados	++	Definição de áreas de influência de prestação e articulação de cuidados de saúde, cada qual entregue a uma determinada unidade polivalente capaz de promover uma articulação de cuidados com outros prestadores, inclusive privados, mediante o estabelecimento de um contrato que estabeleça a avaliação de resultados e impactos de toda a área e prestadores para um determinado período de tempo (longo, de preferência, para se ter de apostar também na área de saúde pública) Implementação de modelos que reforcem o papel do Estado na saúde enquanto contratador e fiscalizador em detrimento da prestação de cuidados Definição de uma rede nacional de cuidados hospitalares que articule entidades privadas, sociais e Estado	+ + +

			Introdução de modelos organizativos de prestação de cuidados que promovam a participação de diversas esferas, nomeadamente o modelo C das USF	+
Organização de processos educacionais e culturais	Apostar na literacia em saúde, promovendo a participação e educação dos utentes na área da saúde e capacitando-os para participar nos processo de decisão	+++	Formação dos professores em promoção da saúde Capacitação de jovens para a temática da saúde Articulação com as empresas, tirando partido da sua responsabilidade social	+ + +
	Apostar na autogestão da doença crónica, integrando a perspetiva clínica com a informacional e aumentando as competências das pessoas para responder às exigências da doença	+	Capacitação dos mais idosos para uma maior autonomia ao longo da vida	+

9. Aferição da natureza das respostas face ao objetivo delineado

Neste último ponto de análise das entrevistas no que respeita ao objetivo de *compreender como o entrevistado se posiciona perante o trade-off equidade/eficiência na saúde (em geral) e nos cuidados de saúde (em particular) tendo em consideração a dimensão territorial*, procurou definir-se uma tipologia das respostas apresentadas pelos entrevistados capaz de ajudar a perceber qual a importância que é dada à dimensão territorial e se essa importância se traduz em ações práticas (ainda que do ponto de vista discursivo). A definição de uma tipologia desta natureza é útil para se ter uma noção global do posicionamento adotado pelos entrevistados face ao objetivo delineado. A tipologia definida foi a seguinte:

- A. As respostas do entrevistado sugerem que ordena os cinco princípios apresentados e justifica os prioritários mas não valoriza a dimensão territorial;
- B. As respostas do entrevistado sugerem que ordena os cinco princípios apresentados e justifica os prioritários, valorizando, ainda que parcialmente, a dimensão territorial;
- C. As respostas do entrevistado sugerem que compreende e precisa a problemática em termos teóricos, articulando as ideias de equidade e eficiência com as questões territoriais ao nível da formulação de políticas;
- D. As respostas do entrevistado sugerem que consegue operacionalizar a teoria e traduzi-la em algumas questões práticas (e.g. é capaz de elaborar um plano de ação);
- E. As respostas do entrevistado sugerem que consegue operacionalizar a teoria, explicitando os meios, os critérios e a informação que é necessário recolher para colocar em prática o que propõe.

A interpretação da natureza das respostas face ao objetivo delineado sugere que:

- A maioria dos decisores e ex-decisores de políticas de saúde concetualiza a problemática em causa, articulando as ideias de equidade e eficiência com as questões territoriais ao nível da formulação de políticas (tipologia C);
- Aproximadamente ¼ dos entrevistados traduz essa concetualização em ações práticas (tipologia D), embora nenhum dos decisores e ex-decisores de políticas de saúde explicitasse claramente os meios, os critérios e a informação que é necessário recolher para colocar em prática cada uma das linhas de orientação definidas (tipologia E);
- Somente um número reduzido de decisores e ex-decisores é que, embora procure responder ao desafio lançado (ordenando os cinco princípios apresentados e justificando os prioritários), não valoriza (tipologia A) ou valoriza parcialmente (tipologia B) a dimensão territorial na formulação de políticas de saúde.

A estes resultados interessantes obtidos ao nível da articulação saúde/território, mormente do ponto de vista da formulação de políticas da saúde, importa acrescentar um fator adicional: em diversos momentos, houve necessidade de entrar em claro diálogo com os entrevistados e colocar questões

complementares por forma a aprofundar-se determinadas respostas e a direcionar-se o contexto da entrevista para os objetivos delineados. Por exemplo, em vários casos a tendência natural das respostas incidia na área dos medicamentos, em questões clínicas concretas ou ainda na gestão financeira dos prestadores de cuidados de saúde. Esta postura pode constituir um elemento revelador de que, de uma forma geral, decisores e ex-decisores de políticas de saúde não articulam de forma genuína a área da saúde com a dimensão territorial ao nível do pensamento estratégico.

Contudo, o facto de a maioria dos entrevistados compreender e precisar a problemática em estudo em termos teóricos, articulando as ideias de equidade e eficiência com as questões territoriais ao nível da formulação de políticas, e uma parte significativa conseguir operacionalizar a problemática e traduzi-la em algumas questões práticas, quando confrontados e impelidos a refletir sobre a relação saúde/território, sugere que, de uma forma global, decisores e ex-decisores de políticas de saúde possuem alguma sensibilidade no que respeita a esta articulação de domínios de saber.

Por outro lado, com exceção de um número muito reduzido de entrevistados que manifestaram algum desconforto em expor objetivos de política em concreto no domínio em causa, argumentando que necessitavam de uma maior reflexão, a generalidade dos decisores e ex-decisores de políticas de saúde apresentou de forma perentória as linhas de orientação que, no seu entender, devem ser atualmente encetadas tendo em consideração o contexto atual de crise económica (referido por diversas vezes durante a realização das entrevistas). Foi interessante verificar que no caso dos entrevistados com cargos de decisão ainda no ativo a resposta tendia a ser *“é o que estamos a tentar fazer”*, enquanto no caso dos ex-decisores a postura incidiu por diversas vezes no argumento *“aquilo que eu propus [ou fiz] pode perfeitamente adequar-se ao contexto atual”*. Estas posturas parecem indicar que os entrevistados, não só evidenciam estar disponíveis para abordar concetualmente estas questões, como também procuram articular o que fazem ou fizeram com a temática em discussão.

Contudo, importa igualmente realçar que quando questionados sobre quais os instrumentos e os métodos de suporte à decisão a usar e como operacionalizar os objetivos de política delineados a resposta mais consensual incidiu sobre a capacidade de liderança. E, neste contexto, o desempenho da equipa da ARS-Norte no período 2005-2010 (e o respetivo apoio político) ou o processo de elaboração e acompanhamento do programa materno-infantil foram os casos mais mencionados como sendo bons exemplos de como a capacidade de liderança é fundamental para a obtenção de bons resultados. Esta reação imediata por parte de diversos decisores e ex-decisores de políticas de saúde indicia que, independentemente da maior ou menor aptidão de articular a saúde com a dimensão territorial ao nível da formulação de políticas, a capacidade de as traduzir em ações práticas depende de quem lidera os processos e da sua capacidade de mobilizar os atores no ‘terreno’.

O argumento acima apresentado ajuda, de certa forma, a explicar os resultados de uma análise complementar que se efetuou neste contexto. Procurando relacionar a natureza das respostas com a atividade profissional dos entrevistados, foi possível verificar que é ao nível da administração regional que se verifica uma maior facilidade em conceitualizar a problemática em causa (tipologia C) e traduzir essa conceitualização em ações práticas (tipologia D). Estes resultados sugerem que as pessoas que exercem a sua atividade profissional à escala regional são mais sensíveis às questões do domínio territorial e conseguem não só conceptualizá-las mas também operacionalizá-la, pelo que devem ser criados espaços de articulação entre os decisores da esfera governativa e da administração central e os atores da escala regional para que a dimensão territorial seja mais contemplada e refletida nos processos de tomada de decisão no domínio da saúde (em geral) e dos cuidados de saúde (em particular).

Por fim, procurou também relacionar-se a natureza das respostas com as habilitações académicas dos entrevistados. E aqui foi também possível distinguir-se uma postura mais consensual por parte dos que detêm uma formação em Gestão/Economia ou com especialização neste domínio face aos restantes, evidenciando uma maior facilidade em conceitualizar a problemática em causa (tipologia C) e traduzir essa conceitualização em ações práticas (tipologia D).

3.2.3. Fatores externos aos cuidados de saúde nos processos de tomada de decisão

1. Os fatores considerados e a importância atribuída

A discussão em torno desta visão mais ampla dos cuidados de saúde recaiu essencialmente em torno de três domínios:

- A potencial articulação entre a saúde e outros domínios de intervenção;
- O impacto social, económico e político que os serviços de saúde provocam ao nível local;
- A importância dos comportamentos e estilos de vida numa ótica da promoção da saúde e prevenção da doença.

Refira-se, desde logo, que, com a exceção de três entrevistados¹¹¹, todos os decisores ou ex-decisores consideram de elevada importância interligar questões globais no domínio da saúde para além dos cuidados de saúde *stricto sensu*. E, neste sentido, para oito dos entrevistados interligar estas questões implica uma maior articulação sectorial:

- seja porque a saúde numa ótica global depende pouco dos cuidados de saúde *per se*: *“o sistema de saúde depende muito pouco do Ministério da Saúde. A saúde dos portugueses depende muito da política seguida noutros ministérios, nomeadamente o da agricultura (eg qualidade dos alimentos), o da educação, etc.. De facto, estes dois ministérios são importantes para o controlo da despesa na saúde a médio e a longo prazo”; “o estado de saúde da população é muito mais do que aquilo que o Ministério da Saúde pode fazer (...) deve ser uma política integrada que extravasa a nossa típica de cuidados de saúde.”*
- seja porque a decisão política é, por definição, uma decisão que integra várias dimensões (técnicas, humanas, de poder...): *“Ao contrário da decisão médica, que está quase desprovida de emoção e que é uma decisão técnica, a decisão política tem sempre uma vertente integrada de diferentes facetas (social, espacial, regional...), com pesos distintos”; “estas questões são muitíssimo importantes para os processos de tomada de decisão e devem ser vistas de forma global (englobam diferentes políticas e sectores). E as políticas que se debruçam sobre estas questões complementam as outras, mas há que haver mecanismos de diálogo fortes”*.

Convém referir que esta discussão em torno da importância da articulação sectorial, designadamente entre o domínio da saúde e o ordenamento do território, foi posteriormente retomada no ponto 3.2.5, que se centra especificamente nos mecanismos de governança.

Os restantes entrevistados consideraram esta questão, não numa ótica processual (potencial articulação entre a saúde e outros domínios de intervenção), mas centrando-se em dois fatores de intervenção

¹¹¹ “Há questões bem mais prementes, como por exemplo o reduzido número de médicos ou os poucos recursos existentes!”, referiu um dos entrevistados.

concretos: o impacto dos serviços em determinados contextos territoriais e a importância da promoção da saúde e prevenção da doença.

Cerca de uma dezena dos auscultados mencionou a importância de se ter em consideração do ponto de vista político as consequências sociais e psicológicas para as populações e para a sobrevivência de determinados contextos territoriais a existência ou ausência (via encerramento) de serviços de saúde. Para estes decisores e/ou ex-decisores, devem ser encetados esforços no sentido de promover uma discriminação positiva em certos aglomerados populacionais, mesmo que do ponto de vista estrito dos cuidados de saúde seja ineficiente a existência de determinados serviços. Refira-se, contudo, que a resposta poderá passar não pela permanência ou abertura de determinados serviços em zonas com uma população muito reduzida, mas antes por garantir uma equidade de acesso a estes cuidados a todos os níveis. Neste contexto, um dos entrevistados referiu o seguinte: *“Não significa que tenha de haver um centro de saúde num local com meia dúzia de habitantes, mas eles têm de ter acesso à saúde. E, portanto, para fazer uma intervenção socialmente justa tenho de discriminar positivamente, gastando ali mais per capita do que gasto em Lisboa ou Coimbra. Para isso é que é preciso Estado, caso contrário é uma selva capitalista, em que cada indivíduo atua simplesmente em função dos interesses e do lucro”*.

Ainda no contexto do impacto dos serviços de saúde em determinados territórios, importa aqui fazer referência aos argumentos complementares apresentados por dois entrevistados. Por um lado, *“nas mais-valias que a existência de certos serviços de saúde produz em determinados contextos territoriais. Um exemplo pode ser encontrado nos cuidados continuados: geram uma movimentação nos locais (café, lavandarias, etc.)”*. Por outro lado, *“pode ser estratégico que se criem polos de desenvolvimento em determinadas cidades de média dimensão e a saúde tem de estar preparada para ser incluída numa visão estratégica mais abrangente – lógica policêntrica (em articulação com outros serviços), em que a saúde «per se» pode perder, mas o território no seu todo pode ganhar”*. Ou seja, ao impacto social de determinadas decisões sobre a localização de serviços de saúde (permanência, encerramento ou construção), há também que considerar as vantagens económicas e territorialmente estratégicas que daí possam advir.

Por outro lado, para seis dos entrevistados, a base da pirâmide do sistema de saúde deve ser a comunidade, o que significa que uma adequada política de saúde implica uma intervenção atempada na população (desde a educação na infância até aos comportamentos e estilos de vida). Portanto, a aposta na saúde pública significa reconhecer que a saúde não se restringe aos cuidados de saúde per se (lado curativo), mas que está intimamente ligada à prevenção da doença e à promoção da saúde. E, neste contexto, os entrevistados efetuaram uma clara articulação entre o domínio da saúde e o ordenamento do território:

“A pouca importância atribuída à educação para a saúde e à prevenção e a tónica posta na prestação de cuidados retira importância à ligação ordenamento do território/geografia/população com as políticas de saúde. Uma adequada política de saúde é a intervenção precoce na população e isso pressuporia um conhecimento exato e uma integração das duas ciências. Bom, como essa importância não é dada (só há uma manifestação de intenção, com algumas breves iniciativas no âmbito da educação), desde logo não correspondida na atribuição de meios de financiamento que são afetos à área da educação e da prevenção. E, portanto, é por isso que as políticas de saúde e do ordenamento são verticalizadas”.

“Isto é um pouco o princípio das cidades saudáveis em que se deve tentar que a pessoa se sinta em ambiente saudável, seguro, em que possa participar facilmente e em que a sua saúde (na definição mais ampla) não está ameaçada. O território aqui é fundamental e o seu ordenamento (independentemente de ser na aldeia ou na cidade)”.

Por fim, importa referir que foi questionado se possíveis orientações de política com esta visão mais abrangente poderiam condicionar as políticas avançadas pelos entrevistados no ponto 3.2.2 referente aos cuidados de saúde *per se*. Somente um dos entrevistados é que referiu que *“questões desta natureza podem afetar outras decisões tomadas só no âmbito sectorial da saúde, pelo que se deve constituir um todo que tem de estar articulado e equilibrado”*. Para os restantes, estas questões são complementares às outras, como atestam os seguintes comentários:

“A compreensão do impacto social das políticas facilita a compreensão e a operacionalização das políticas de cuidado de saúde strito sensu. Portanto, se conhecermos o território, a população, as suas necessidades, a evolução demográfica, a esperança de vida, etc., naturalmente conseguimos adaptar a organização e as respostas dos serviços de saúde, não só às necessidades atuais, como também às necessidades futuras. E isso é um ato de inteligência.”

“Se se adotar esta visão mais ampla e estratégica, o resultado final vai ser benéfico para todos”.

2. Avaliação da realidade e das políticas atuais

Importa, desde já, referir que diversos entrevistados mostraram alguma renitência em efetuar qualquer tipo de avaliação neste domínio de atuação, seja porque não conheciam suficientemente bem os *dossiers* atuais, seja porque nas condições atuais de contenção financeira é muito difícil avaliar a política governativa.

À semelhança do diagnóstico efetuado no ponto 3.2.2, também aqui os entrevistados de uma forma geral não avaliaram separadamente a realidade das políticas atuais. No entanto, neste domínio de análise a avaliação foi maioritariamente negativa, com 10 dos entrevistados a manifestarem desagrado na forma como estas questões se verificam e são consideradas nas políticas de saúde. Destes, metade centrou o seu diagnóstico nos problemas decorrentes da conjuntura atual (*“hoje em dia verifica-se um peso avassalador em torno das questões financeiras”*, nas palavras de um dos entrevistados) e os restantes

sublinharam a ausência de articulação e coerência de políticas (*“não se olha para estas questões e não há relação entre os diferentes ministérios”*), de acordo com um dos auscultados).

Já 6 referiram que as políticas não estão, nem a caminhar no sentido de se apostar mais neste domínio, nem a se distanciarem do que seria desejável, enquanto outros 6 efetuaram um diagnóstico positivo sobre este domínio de atuação, por razões de natureza diversa.

O próximo quadro procura sistematizar os principais pontos positivos e negativos que os entrevistados referiram na apreciação que fazem da realidade e das políticas atuais. À semelhança dos quadros anteriores, também aqui se apresenta o nível de consenso da argumentação.

Quadro 19: Avaliação da realidade e das políticas atuais

<i>Aspetos avaliados como positivos</i>		<i>Aspetos avaliados como negativos</i>	
<i>Domínio de avaliação</i>	<i>Nível de consenso</i>	<i>Domínio de avaliação</i>	<i>Nível de consenso</i>
Estado de saúde da população		Conjuntura atual	
... Indicadores de saúde espelham melhorias resultantes, quer dos avanços e reformas efetuadas nos cuidados de saúde, quer das condições socioeconómicas	+	... Excessiva preocupação com as questões financeiras	++
		... Ausência de reformas (<i>“está tudo parado”</i>)	+
Conjuntura atual		Articulação de políticas	
... Política de contenção financeira é a possível e desejável neste momento	+	... A ideia de <i>saúde em todas as políticas</i> tem sido marginalizada	+
Articulação de políticas		... Encerramento simultâneo de vários serviços (e.g. saúde, correios, etc.) no mesmo local/região	+
... Iniciativas como cidades saudáveis ou cidades amigas dos idosos, que integram vários domínios de intervenção, já se vão verificando	+		

3. Dos princípios às políticas: o que fazer do ponto de vista da tomada de decisão?

Tendo como ponto de partida os fatores de natureza mais ampla para além dos cuidados de saúde *per se* considerados pelos entrevistados como sendo essenciais a incluir nos processos de tomada de decisão – a articulação entre a saúde e outros domínios de intervenção, o impacto social, económico e político dos serviços de saúde ao nível local e a importância da promoção da saúde e prevenção da doença (ótica da saúde pública) – e o diagnóstico traçado da realidade e da trajetória das políticas atuais, procurou então perceber-se quais as políticas a formular no quadro atual para ultrapassar alguns dos atuais problemas e consequentemente contribuir para uma melhoria do estado de saúde dos cidadãos.

O próximo quadro procura sistematizar o que, de acordo com os entrevistados, devem ser as linhas de orientação prioritárias, tendo por base as três dimensões acima referidas. Refira-se que a ideia de promover a saúde das comunidades através da literacia e de uma melhoria dos comportamentos e estilos de vida foi a que reuniu um maior consenso entre os auscultados.

Procurou, também, verificar-se de que forma essas orientações são coerentes com o diagnóstico apresentado pelos entrevistados. E, neste âmbito, é possível verificar que foram apresentadas orientações de política que vão para além das preocupações avançadas durante a realização do diagnóstico.

Quadro 20: Linhas de orientação prioritária

Domínio de orientação política	Linhas de orientação	Nível de consenso	Relação com diagnóstico (aspectos avaliados como positivos)	Relação com diagnóstico (aspectos avaliados como negativos)
Saúde Pública	Promover a prevenção da doença e a promoção da saúde, aumentando a literacia em saúde e a cidadania	+++	Indicadores de saúde espelham melhorias resultantes, quer dos avanços e reformas efetuadas nos cuidados de saúde, quer das condições socioeconómicas	/
Articulação interinstitucional	Apostar na ideia de <i>saúde em todas as políticas</i> , incorporando a saúde e o bem-estar como componentes centrais no desenvolvimento de outros domínios sectoriais	++	/	A ideia de <i>saúde em todas as políticas</i> tem sido marginalizada
	Tornar os processos de tomada de decisão mais transparentes e participados, envolvendo diversos agentes (e.g. autarquias, associações, utentes, sindicatos) para haver uma melhor perceção das decisões tomadas	++	/	/
	Desenvolver iniciativas como as cidades saudáveis ou as cidades amigas dos idosos, permitindo articular as dimensões ambiental, cultural, do espaço físico, entre outras	+	Iniciativas como cidades saudáveis ou cidades amigas dos idosos, que integram vários domínios de intervenção, já se vão verificando	/
	Promover uma maior cooperação interinstitucional, criando consensos e compromissos, designadamente entre instituições do domínio da saúde e do ordenamento do território	+	/	/
Impacto local dos serviços	Promover uma melhor organização dos serviços de saúde, articulando a oferta de cuidados dos aglomerados com maior população com as necessidades das populações dos locais com menor densidade ou procurando soluções alternativas de acesso	++	/	/
	Criar mecanismos de atração de pessoas para determinados locais mais desfavorecidos, revitalizando os espaços e garantindo níveis mínimos de serviços	+	/	Encerramento simultâneo de vários serviços (e.g. saúde, correios, etc.) no mesmo local/região
	Definir uma estratégia global de reorganização territorial dos diferentes serviços, incorporando também critérios não técnicos para garantir uma discriminação positiva de locais mais desfavorecidos	+	/	Encerramento simultâneo de vários serviços (e.g. saúde, correios, etc.) no mesmo local/região

4. Uma perspectiva *escalar*: onde atuar?

De uma forma geral, para os entrevistados as ‘missões’ de cada uma das escalas de atuação são as seguintes:

- A escala nacional é útil essencialmente para a definição de estratégias macro e de coordenação de orientações políticas, especialmente no que respeita à implementação da ideia de *saúde em todas as políticas* e ao nível do lançamento de grandes campanhas promocionais de saúde pública e de comunicação com os *media*;
- A escala regional representa o nível ideal para aferir como as orientações nacionais podem ser adaptadas e aplicadas às especificidades e necessidades de cada contexto regional, o que consequentemente implica uma auscultação permanente dos atores regionais e locais nos processos de tomada de decisão;
- A escala local é o palco por excelência, quer para a operacionalização das orientações estratégicas, quer para a auscultação de atores (*“o nível que está mais próximo do cidadão”*, nas palavras de um dos entrevistados), quer ainda para a articulação de intervenções.

Embora a resposta a esta questão tenha sido de natureza genérica, não se efetuando uma ligação estreita entre as escalas e os objetivos de política traçados, é possível efetuar-se um paralelismo com os três domínios de intervenção. O próximo quadro procura sistematizar esta relação.

Quadro 21: Principais objetivos de política por escala de atuação

<i>Domínio de orientação política</i>	<i>Escala Nacional</i>	<i>Escala Regional</i>	<i>Escala Local</i>	<i>Nível de consenso</i>
Saúde Pública	Coordenação de orientações políticas e definição de estratégias macro (e.g. lançamento de grandes campanhas promocionais de saúde pública e de comunicação com os <i>media</i>)	Adaptação e aplicação das orientações nacionais às especificidades e necessidades de cada contexto regional e auscultação dos principais atores	Criação de mecanismos de auscultação dos atores locais e articulação das instituições locais	++
Articulação interinstitucional	Definição de estratégias macro e de coordenação de orientações políticas para implementação da ideia de <i>saúde em todas as políticas</i>	Adaptação e aplicação das orientações nacionais às especificidades e necessidades de cada contexto regional e auscultação dos principais atores	Criação de mecanismos de auscultação dos atores locais e articulação das instituições locais	++
Impacto local dos serviços	Definição de estratégias macro e de coordenação de orientações políticas	Adaptação e aplicação das orientações nacionais às especificidades e necessidades de cada contexto regional e auscultação dos principais atores	Criação de mecanismos de auscultação dos atores locais e articulação das instituições locais	++

5. Uma perspectiva institucional: quem envolver?

A resposta dada pelos entrevistados foi também aqui de natureza genérica, não efetuando uma ligação direta entre os objetivos de política traçados e as instituições a envolver em cada caso. Apesar de tudo, e de modo semelhante à questão anterior, é possível apresentar um esquema capaz de articular os três domínios de orientação com as instituições e a sua missão.

Com exceção do papel que as autarquias podem assumir no âmbito de questões relacionadas com a prevenção da doença e a promoção da saúde, o nível de consenso observado foi baixo quanto às instituições a envolver nestas questões e o respetivo papel.

Quadro 22: A perspectiva institucional por escala de atuação

<i>Domínio de orientação política</i>	<i>Instituições</i>	<i>Missão</i>	<i>Aspetos críticos</i>	<i>Nível de consenso</i>
Saúde Pública	Autarquias	Desenvolvimento de ações de prevenção da doença e promoção da saúde	Os municípios devem ter mais atribuições neste domínio, mas também mais competência técnica e uma visão estratégica não paroquialista	++
	Escolas, comunidade civil, empresas (responsabilidade social)	Desenvolvimento de ações de prevenção da doença e promoção da saúde	/	+
	Ordens profissionais	Desenvolvimento de ações de prevenção da doença e promoção da saúde	/	+
	Ministérios da Saúde, Educação e Agricultura	Desenvolvimento de ações de prevenção da doença e promoção da saúde (“o exemplo deve vir de cima”)	/	+
	ARS	Monitorização e acompanhamento dos indicadores dos determinantes de saúde	/	+
Articulação interinstitucional	CCDR	Definição de uma visão conjunta (regional) sobre os vários domínios sectoriais (“o país não pode ter coisas repetidas por todo o lado, nem desperdiçar recursos”)	Têm de ter um papel mais ativo (“a questão da liderança é fundamental para se perceber porque já foram mais ativas do que são atualmente”)	+
	ARS	Criação das condições necessárias, quer para dar seguimento às orientações nacionais (e.g. via PNS), quer	/	+

		para gerar palcos de articulação entre as autarquias e as escolas		
	Autarquias	Definição de uma visão conjunta sobre como interligar vários domínios sectoriais na ótica das <i>idades saudáveis</i> ou <i>idades amigas dos idosos</i>	/	+
Impacto local dos serviços	CCDR	Definição de uma visão conjunta (regional) sobre a (re)organização dos diferentes serviços	/	+
	Autarquias, associações, utentes, sindicatos, prestadores de cuidados de saúde, paróquias	Criação de entendimentos sobre as decisões a tomar relativamente ao encerramento de determinados serviços	/	+
	Autarquias, prestadores de cuidados de saúde, segurança social	Desenvolvimento de ações com vista a aumentar o acesso a cuidados de saúde (e.g. unidades móveis)	/	+

6. Uma perspetiva instrumental: com que mecanismos intervir?

Neste ponto, as respostas dadas foram muito escassas e pouco precisas. De facto, só uma minoria dos entrevistados é que se debruçou sobre esta questão, direcionando a sua resposta para dois vetores em concreto:

- No âmbito das questões relacionadas com a saúde pública, há que destacar a (potencial) importância do PNS, na medida em que permite planificar com antecedência um conjunto de ações com vista à prevenção da doença e promoção da saúde;
- Ao nível da (re)organização dos serviços, importa destacar o papel que os instrumentos de ordenamento do território podem aqui desempenhar. No entanto, a este nível um dos entrevistados acrescentou o seguinte: *“os instrumentos de ordenamento são importantes (...) mas a sensação que dá é que são tao ambiciosos, demoram tanto tempo a preparar e a discutir e, ainda, com tanto tempo em processo de consulta que quando chega a altura de operacionalizar já estão completamente desatualizados. Portanto, são discussões muito profundas, a pensar em todo o tipo de impactos, que quando chegam “à luz do dia” já estão completamente ultrapassados (e os próprios atores já são diferentes, o que vem complicar ainda mais os processos)”*.

Seguindo o mesmo raciocínio efetuado no ponto 3.2.2, os próximos três quadros procuram sintetizar de forma esquemática a articulação existente entre este ponto e os dois previamente analisados, isto é, a

escala de atuação, as principais instituições a envolver e os instrumentos primários de intervenção a utilizar, para cada um dos três principais domínios de orientação já referidos. Trata-se novamente de um exercício interpretativo dos comentários efetuados pelos entrevistados.

Uma leitura do quadro mostra a dificuldade sentida pelos entrevistados em manifestar o seu ponto de vista neste domínio. De facto, não só o nível de fragmentação é elevado do ponto de vista das respostas dadas, como também a operacionalização das suas orientações políticas ao nível dos instrumentos de intervenção a utilizar é francamente escassa. Neste contexto, do ponto de vista territorial, assinala-se a breve menção aos instrumentos de ordenamento do território no que respeita a organização dos serviços.

Quadro 23: Relação escala de atuação / principais instituições a envolver / instrumentos primários de intervenção a utilizar: domínio de orientação de saúde pública

Domínio de orientação: Saúde Pública										
<i>Escala</i>	<i>Instituições</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Nível de consenso</i>	<i>Aspectos críticos</i>	<i>Nível de consenso</i>	<i>Instrumentos de política</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Nível de consenso</i>	<i>Aspectos críticos</i>	<i>Nível de consenso</i>
Nacional	Governo e órgãos da Administração Central	Coordenação de orientações políticas e definição de estratégias macro	++	/	/	Plano Nacional de Saúde	Planificação atempada de ações de prevenção da doença e promoção da saúde	+	/	/
Regional	ARS	Adaptação e aplicação das orientações nacionais às especificidades e necessidades de cada contexto regional	++	/	/	/	/	/	/	/
		Monitorização e acompanhamento dos indicadores dos determinantes de saúde	+							
		Auscultação dos principais atores	++							
Local	Autarquias	Desenvolvimento de ações de prevenção da doença e promoção da saúde de forma articulada com outras instituições Auscultação dos principais atores	++	Os municípios devem ter mais atribuições neste domínio, mas também mais competência técnica e uma visão estratégica não	++	/	/	/	/	/

		++	paroquialista							
	Outras instituições (e.g. escolas, comunidade civil, empresas, ordens profissionais ¹¹²)	Desenvolvimento de ações de prevenção da doença e promoção da saúde	+	/	/	/	/	/	/	/

¹¹² Refira-se que as ordens profissionais podem desempenhar um papel ativo nas três escalas de atuação. Por uma questão de simplificação optou-se por colocar somente ao nível local na medida em que, de acordo com os entrevistados, este é o nível privilegiado para a ocorrência de diálogo entre as diferentes instituições.

Quadro 24: Relação escala de atuação / principais instituições a envolver / instrumentos primários de intervenção a utilizar: domínio de orientação de articulação institucional

Domínio de orientação: Articulação interinstitucional										
<i>Escala</i>	<i>Instituições</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Nível de consenso</i>	<i>Aspetos críticos</i>	<i>Nível de consenso</i>	<i>Instrumentos de política</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Nível de consenso</i>	<i>Aspetos críticos</i>	<i>Nível de consenso</i>
Nacional	Governo e órgãos da Administração Central	Coordenação de orientações políticas e definição de estratégias macro	++	/	/	/	/	/	/	/
Regional	ARS	Adaptação e aplicação das orientações nacionais às especificidades e necessidades de cada contexto regional	++	/	/	/	/	/	/	/
		Auscultação dos principais atores	++							
	CCDR	Definição de uma visão conjunta (regional) sobre os vários domínios sectoriais	+	CCDR têm de ter um papel mais ativo	/	/	/	/	/	/
Local	Autarquias	Definição de uma visão conjunta sobre como interligar vários domínios sectoriais	+	/	/	/	/	/	/	/
		Auscultação dos principais atores	++							

Quadro 25: Relação escala de atuação / principais instituições a envolver / instrumentos primários de intervenção a utilizar: domínio de impacto local dos serviços

Domínio de orientação: Impacto local dos serviços										
<i>Escala</i>	<i>Instituições</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Nível de consenso</i>	<i>Aspetos críticos</i>	<i>Nível de consenso</i>	<i>Instrumentos de política</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Nível de consenso</i>	<i>Aspetos críticos</i>	<i>Nível de consenso</i>
Nacional	Governo e órgãos da Administração Central	Coordenação de orientações políticas e definição de estratégias macro	++	/	/	/	/	/	/	/
	ARS	Adaptação e aplicação das orientações nacionais às especificidades e necessidades de cada contexto regional	++	/	/	/	/	/	/	/
Regional	CCDR	Auscultação dos principais atores	++							
	CCDR	Definição de uma visão conjunta (regional) sobre a (re)organização dos diferentes serviços	+	/	/	Instrumentos de Ordenamento do Território	Distribuição territorial dos diferentes serviços	+	Processo de elaboração demasiado moroso	+
Local	Autarquias, associações, utentes, sindicatos, prestadores de cuidados de saúde, paróquias	Criação de entendimentos sobre as decisões a tomar relativamente ao encerramento de determinados serviços	+	/	/	Instrumentos de Ordenamento do Território	Distribuição territorial dos diferentes serviços	+	Processo de elaboração demasiado moroso	+
	Autarquias, prestadores de cuidados de saúde,	Desenvolvimento de ações com vista a aumentar o	+	/	/	/	/	/	/	/

	segurança social	acesso a cuidados de saúde (e.g. unidades móveis)
--	------------------	---

7. Das políticas à sua operacionalização: o que fazer na prática?

Partindo das orientações de política que, na ótica dos entrevistados, deveriam ser desenhadas atualmente para ultrapassar alguns dos atuais problemas existentes no âmbito desta visão mais abrangente dos cuidados de saúde, procurou perceber-se como estas se poderiam traduzir em ações práticas, ou seja, quais os meios operacionais necessários para cumprir os objetivos de política formulados.

Dos três domínios de orientação política sobre os quais se debruçaram as políticas definidas pelos entrevistados, a atenção centrou-se particularmente na questão da saúde pública. Apesar de apresentar somente uma linha de orientação – “promover a prevenção da doença e a promoção da saúde, aumentando a literacia em saúde e a cidadania” –, foi o domínio que reuniu o maior consenso entre os auscultados e o maior número de medidas sobre como operacionalizar esse objetivo de política traçado. No entanto, as medidas apresentadas variaram consoante o entrevistado, o que evidencia alguma fragmentação sobre como pôr em prática ações no âmbito da saúde pública.

Ainda no contexto deste domínio de orientação, não deixa de ser curioso o facto de no diagnóstico previamente traçado não ter sido efetuada qualquer menção a eventuais problemas existentes a este nível na sociedade portuguesa.

No que respeita à articulação institucional, das quatro linhas de orientação definidas pelos entrevistados somente a aposta na ideia de *saúde em todas as políticas* é que mereceu atenção, indo ao encontro de uma das preocupações levantadas durante a realização do diagnóstico, mas ainda assim por somente dois dos intervenientes.

Por fim, três entrevistados centraram a sua atenção na ideia de promover uma melhor organização dos serviços de saúde procurando soluções alternativas de acesso com o intuito de ultrapassar os alguns dos constrangimentos existentes nos locais menos povoados, avançando com duas medidas operacionais: a implementação de unidades móveis para acesso a cuidados de saúde primários e a promoção de consultas com recurso às TIC e monitorização de cuidados à distância.

O próximo quadro procura sistematizar as ações que, na opinião dos auscultados, se devem colocar em prática para cumprir os objetivos de política definidos.

Quadro 26: Operacionalização das linhas de orientação prioritária

Domínio de orientação política	Linhas de orientação	Nível de consenso	Operacionalização	Nível de consenso
Saúde Pública	Promover a prevenção da doença e a promoção da saúde, aumentando a literacia em saúde e a cidadania	+++	Mobilização, sensibilização e fomento do diálogo com os principais agentes locais	+
			Desenvolvimento de campanhas publicitárias envolvendo personalidades portuguesas (e.g. desportistas, artistas)	+
			Sensibilização e formação complementar de professores no domínio da prevenção da doença e promoção da saúde	+
			Integração de monitores de educação física e de nutricionistas nas escolas	+
			Inclusão formal no sistema de ensino escolar de uma disciplina sobre saúde pública	+
			Integração de alunos de Fisioterapia, Medicina Desportiva, Educação Física e da área de Nutrição nos centros de saúde para informar e sensibilizar os utentes para as questões da saúde	+
			Sensibilização e formação complementar de profissionais de saúde no domínio da geografia/ordenamento do território	+
Articulação interinstitucional	Apostar na ideia de <i>saúde em todas as políticas</i> , incorporando a saúde e o bem-estar como componentes centrais no desenvolvimento de outros domínios sectoriais	++	Cooperação interministerial para a definição das orientações políticas no domínio da saúde (“ <i>a política da saúde deve ser traçada transversalmente e não somente no ministério da saúde</i> ”)	+
	Tornar os processos de tomada de decisão mais transparentes e participados, envolvendo diversos agentes (e.g. autarquias, associações, utentes, sindicatos) para haver uma melhor perceção das decisões tomadas	++	/	/
	Desenvolver iniciativas como as cidades saudáveis ou as cidades amigos dos idosos, permitindo articular as dimensões ambiental, cultural, do espaço físico, entre outras.	+	/	/
	Promover uma maior cooperação interinstitucional, criando consensos e compromissos, designadamente entre instituições do domínio da saúde e do ordenamento do território	+	/	/

Impacto local dos serviços	Promover uma melhor organização dos serviços de saúde, articulando a oferta de cuidados dos aglomerados com maior população com as necessidades das populações dos locais com menor densidade ou procurando soluções alternativas de acesso	++	Implementação de unidades móveis para acesso a CSP em circunstâncias onde as distâncias e as necessidades o justifiquem Promoção de consultas com recurso às TIC e monitorização de cuidados à distância	+ +
	Criar mecanismos de atração de pessoas para determinados locais mais desfavorecidos, revitalizando os espaços e garantindo níveis mínimos de serviços	+	/	/
	Definir uma estratégia global de reorganização territorial dos diferentes serviços, incorporando também critérios não técnicos para garantir uma discriminação positiva de locais mais desfavorecidos	+	/	/

8. Aferição da natureza das respostas face ao objetivo delineado

Neste último ponto de análise das entrevistas no que respeita ao objetivo de *aferir a importância de fatores externos aos cuidados de saúde nos processos de tomada de decisão*, procurou definir-se uma tipologia das respostas apresentadas pelos entrevistados capaz de ajudar a compreender a importância atribuída a estas questões e se essa importância se traduz em ações práticas (ainda que do ponto de vista discursivo). Mais uma vez, e à semelhança do referido no ponto 3.2.2, a definição de uma tipologia desta natureza é útil para se ter uma noção global do posicionamento adotado pelos entrevistados face ao objetivo delineado. A tipologia definida foi a seguinte:

- A. As respostas do entrevistado sugerem que atribui uma importância reduzida a estes fatores, isto é, estas questões adquirem uma importância menor no âmbito das políticas de saúde, pelo que não devem condicionar as outras orientações de política de saúde;
- B. As respostas do entrevistado sugerem que compreende e precisa a problemática em termos teóricos, isto é, valoriza estas questões e consegue fundamentar as suas ideias do ponto de vista concetual (mas não ao nível da formulação de políticas);
- C. As respostas do entrevistado sugerem que compreende e precisa a problemática em termos teóricos, avançando inclusive com orientações de política;
- D. As respostas do entrevistado sugerem que consegue operacionalizar a teoria e traduzi-la em questões práticas (e.g. é capaz de elaborar um plano de ação);
- E. As respostas do entrevistado sugerem que consegue operacionalizar a teoria, explicitando os meios, os critérios e a informação que é necessário recolher para colocar em prática o que propõe.

A interpretação da natureza das respostas face ao objetivo delineado aponta para que:

- Quase metade dos decisores e ex-decisores (11) compreende e precisa esta visão mais ampla da saúde em termos teóricos, avançando inclusive com orientações de política (tipologia C), seja ao nível do potencial articulação entre a saúde e outros domínios de intervenção, seja no que respeita ao impacto social, económico e político que os serviços de saúde provocam ao nível local, seja ainda no que concerne à importância dos comportamentos e estilos de vida numa ótica da promoção da saúde e prevenção da doença;
- Cerca de ¼ dos entrevistados avança inclusive com questões práticas sobre como operacionalizar as orientações de política delineadas (tipologia D), embora nenhum fosse capaz de explicitar claramente os meios, os critérios e a informação necessária para se colocar no 'terreno' as ideias (tipologia E);
- Somente três entrevistados é que, embora concetualizem a problemática em causa, discutindo importância da adoção desta visão mais ampla nos processos de tomada de decisão, não avançaram com propostas ao nível de linhas de orientação política (tipologia B).

- Também três entrevistados atribuíram uma importância reduzida a estes fatores quando comparados com outras questões mais prementes a resolver no contexto atual, pelo que esta visão não deve condicionar as outras orientações de política de saúde (tipologia A).

O facto da análise efetuada indiciar que grande parte dos auscultados valoriza esta visão mais ampla, fundamenta as suas ideias e avança com orientações de política, significa que esta é uma questão para o qual os decisores e ex-decisores estão sensibilizados. Contudo, ao juntar-se a esta leitura o nível de fragmentação das respostas e a sua análise no que respeita ao diagnóstico e aos instrumentos de intervenção a utilizar, verifica-se que o conhecimento sobre o que está a ser feito a este nível fica aquém do que se verificou no ponto 3.2.2.

Procurou também relacionar-se a natureza das respostas, quer com a atividade profissional dos entrevistados, quer com as suas com as habilitações académicas. No entanto, as respostas não evidenciam uma postura consensual no âmbito das categorias analisadas, não sendo portanto possível avançar-se com qualquer conclusão neste contexto.

3.2.4. Saúde enquanto atividade exportadora

1. Os fatores considerados e a importância atribuída

A importância da saúde enquanto atividade exportadora foi amplamente reconhecida pela globalidade dos decisores e ex-decisores. Embora enfatizando com maior relevo o sector empresarial ligado à saúde, nomeadamente o sector farmacêutico ou os dispositivos médicos, a inter-relação prestação de cuidados / desenvolvimento da economia foi vista como sendo crucial principalmente nestes tempos económica e socialmente mais conturbados. Os seguintes comentários ilustram bem o posicionamento de alguns dos entrevistados neste contexto:

“A estratégia de saúde decompõe-se num conjunto de objetivos. Mas a saúde não é apenas a prestação de cuidados de saúde. É também um instrumento de política económica e política internacional. E, portanto, deve-se olhar para a saúde, não apenas como um orçamento de despesa, mas como um orçamento de investimento: em primeiro lugar porque tratar das pessoas, isto é, assegurar que elas estejam bem, é importante do ponto de vista económico, e depois porque a saúde pode também ser um instrumento de dinamização de uma estratégia de internacionalização da economia e de uma estratégia ao serviço de uma diminuição sobre a balança de pagamentos”.

“A saúde movimenta muitos recursos que são o esforço dos portugueses, na medida em que é financiada pelos impostos. E há espaço para a saúde ser exportadora. Portanto, não vejam só o que a economia pode fazer pela saúde, mas também o que a saúde pode fazer pela economia. Até porque a saúde tem todo o interesse nisso. Aliás, se a saúde vive de impostos, precisa de uma economia boa”.

“Eu sou um defensor desse entrosamento da saúde, enquanto suporte de desenvolvimento económico, logo enquanto sector exportador. Na visão integradora que defendo, não se pode olhar para cada peça per se sem ver o conjunto. O investimento do país deve ter em consideração estes aspetos. Se não tivermos uma boa estratégia de sustentabilidade económica no país, então também não podemos ter na saúde. E a saúde tem de estar ao serviço do país. No objetivo anterior era uma questão de os políticos terem 'sensibilidade social'. Estou agora a falar de 'sensibilidade económica’”.

Da discussão em torno desta perspetiva da saúde surgiu recorrentemente a nova realidade que decorre da aplicação da Diretiva dos Cuidados de Saúde Transfronteiriços, que tem como objetivo estabelecer regras para facilitar o acesso a cuidados de saúde transfronteiriços na UE e promover uma maior mobilidade dos utentes. Na medida em que pouco ainda se conhece sobre os possíveis impactos na realidade nacional, dado o atual quadro de incerteza decorrente da ausência de informações a este nível – *“tradicionalmente, não há uma forte envolvimento com a exportação ou com a internacionalização de serviços de saúde; ora, a Diretiva Comunitária veio baralhar tudo”*, nas palavras de um dos auscultados –, por vezes o debate centrava-se na história do processo de adoção da própria Diretiva, do posicionamento português e das características do sistema de saúde. Sobressaem das conversas três apontamentos, aqui complementados com afirmações efetuadas por alguns dos entrevistados:

- A Diretiva favorece os países cujo sistema de saúde funciona por intermédio de um seguro social de saúde: *“ao funcionarem em sistema de reembolso (por exemplo, a pessoa vai a um hospital privado francês ou a um médico privado francês e é reembolsado pela segurança social) as coisas não mudam quase nada: o mercado protegido dos prestadores de cada país passa a ser visto numa ótica de mercado global e a pessoa alarga o seu leque de escolha. Portanto, a Diretiva vai ter um enorme impacto em países que têm o chamado seguro social de saúde (França, Alemanha, Holanda...). São países que, ainda por cima, estão na mesma área geográfica. Já em países que tenham um modelo tipo SNS levantam-se muitas dúvidas”*;
- A Diretiva centrou-se nos prestadores e não nas necessidades dos utentes: *“a Diretiva transfronteiriça olhou para as preocupações dos prestadores e não dos doentes e, como tal, é uma Diretiva que seguramente tem mais riscos para os sistemas de saúde do que benefícios. Aquilo foi desenhado mais na perspetiva dominante do pensamento europeu do eixo franco-alemão e, portanto, é um sistema de saúde que não tem nada a ver connosco como é óbvio. Mas o problema maior não está aí: é que aquela solução comporta mais riscos que benefícios para os utilizadores”*;
- Sendo um facto consumado, Portugal deveria ter feito um percurso adaptativo muito mais célere e atempado: *“havia três países na altura que eram contra: Portugal, Espanha e Inglaterra. Na prática, são os países que têm um sistema de saúde muito estatal. O problema é que Espanha e Inglaterra foram-se preparando... Portugal não”*.

Tendo como ponto de partida a história deste processo, o discurso dos entrevistados consistiu posteriormente em sublinhar que a ‘abertura dos mercados’ na prestação de cuidados acarreta, simultaneamente, riscos e virtualidades. O maior risco reside em Portugal passar a ser mais importador de cuidados do que exportador, isto é, a população portuguesa vai para outros países à procura de cuidados. Esta questão, decorrente essencialmente do facto de o SNS ter um prazo de resposta aquém do esperado, conduziu inclusive a que seis dos entrevistados debatessem o papel do Estado neste processo. E se, por um lado, metade defendeu uma forte intervenção do Estado no âmbito da prestação de cuidados nesta ótica transfronteiriça, seja pelas externalidades daí decorrentes para a economia, seja por uma questão ‘humanista’, já os outros auscultados manifestaram um posicionamento diferente, sublinhando a necessidade de um forte (e único) envolvimento dos privados neste âmbito. As seguintes palavras ditas por um dos entrevistados espelham bem este argumento: *“enquanto os constrangimentos de acesso no sector público não forem resolvidos, deverá ser o sector privado a apostar nesta questão da Diretiva”*.

Por outro lado, a possibilidade de tirar partido da qualidade dos profissionais de saúde, das capacidades técnicas instaladas, da posição geográfica do país e das amenidades constitui uma oportunidade que pode e deve ser aproveitada no âmbito desta Diretiva. Apesar de tudo, como refere um dos entrevistados, *“seja por ameaça ou por oportunidade obriga a uma análise muito cuidada dos prós e contras e à*

definição de um plano estratégico de ação para o tornar o mais vantajoso possível para Portugal e para os cidadãos portugueses”. E uma das questões que aqui foi focada consistiu na incerteza que existe quanto à garantia de qualidade (como, por exemplo, lidar com o erro médico ou com a publicidade enganosa?) e a projeção além-fronteiras, fatores cruciais para Portugal poder ‘situar-se’ nesta questão a nível global. A discussão em torno da Diretiva e das virtualidades acima referidas serviu como ponto de partida para se aflorar o papel do turismo de saúde nesta inter-relação prestação de cuidados / desenvolvimento da economia. Neste âmbito, foi salientado, por diversas ocasiões, que importa distinguir a ideia de turismo médico (mais direcionado para a resolução de problemas clínicos e em estreita articulação com a questão da Diretiva) da de turismo de saúde (que compreende a dupla vertente de relaxamento – Spa’s – e alguma especialização – termas com capacidades terapêuticas), embora se esteja a generalizar esta última designação para abarcar ambos os conceitos.

Em relação ao turismo médico, cerca de uma dezena de entrevistados realçou que Portugal apresenta um conjunto de fatores-chave de sucesso que devem ser aproveitados e valorizados, designadamente o clima, a localização geográfica, a gastronomia e a qualidade dos recursos médicos (qualificações, práticas clínicas e tecnologias). Por outro lado, o país apresenta indicadores de saúde e bem-estar muito satisfatórios, o que simboliza para o exterior uma boa imagem de marca. Fatores que influenciam claramente a procura e aos quais se devem ainda juntar outras duas questões: a população a atrair e os custos dos tratamentos. Em relação à população a atrair, uma minoria focou a importância da Diáspora, na medida em que a sua ligação a Portugal poderá incentivar o turismo médico. No que respeita ao custo, os argumentos apresentados pela minoria que abordou esta questão não foi consensual. Se, para alguns, os tratamentos efetuados em Portugal são competitivos a este nível, já para outros a posição é inversa: *“em termos de turismo médico, a questão essencial tem a ver com os preços. O nosso sector privado de saúde é caro. E, portanto, o sol pode ser magnífico, bem como a comida e a simpatia, mas os preços têm de ser competitivos. Haverá sempre umas centenas de pessoas que possam pensar em vir nas atuais condições, mas não há um único empreendimento de turismo de saúde que se agente só com esse número de possíveis utentes/turistas”*, segundo um dos auscultados.

Estas interrogações em relação ao sucesso do turismo médico foram também apontadas por outros entrevistados, ainda que por uma minoria. E aqui importa reter três aspetos:

- A qualidade dos recursos médicos não deve ser só reconhecida no país, sendo necessário que os potenciais ‘utilizadores’ do turismo médico também o valorizem. E aqui chamou-se a atenção para o facto de este tipo de turismo ser mais direcionado para ‘pacientes coletivos’ (como uma entidade intermediária – seguradora – responsável pelas despesas de saúde) do que para pacientes que paguem diretamente, dado o tipo de intervenções clínicas e procedimentos médicos que provavelmente serão mais efetuados;

- Esta qualidade deve estar certificada e mapeada para um melhor reconhecimento. Mas isto levanta outras questões: quem certifica internacionalmente? Quais os fatores decisivos (preço, qualidade...)? E como disseminar a informação (que deve ser fidedigna)?
- Para haver turismo médico os cuidados de proximidade devem funcionar em pleno, o que não se verifica atualmente. Neste contexto, um dos auscultados mencionou o seguinte: *“o turismo médico é muito importante, mas não estamos preparados para isso, na medida em que não há cuidados de proximidade. O turista não vem para cá à procura de um hospital. Ele vem para fazer turismo, o que significa que tem de haver uma abordagem de cuidar, organizada de forma a proporcionar segurança, confiança... isto é, ter comunidades preparadas para responder às necessidades. Porque o cuidado hospitalar, eles também têm na sua terra; não viajarão para Portugal para ser internados para uma operação”*.

No contexto do turismo médico, foi ainda discutida uma outra questão, ainda que por uma minoria de entrevistados: poderá a aposta no turismo médico constituir uma oportunidade para alavancar determinados territórios de baixa densidade através da valorização dos recursos naturais? As (poucas) respostas obtidas revelam que mais importante do que as amenidades existentes é a qualidade dos cuidados prestados. Atente-se a esta afirmação de um dos auscultados: *“se é verdade que em termos de localização de recursos naturais, amenidades mais interessantes do ponto de vista de atração turística, podem estar em locais mais remotos, eu não me posso esquecer que nesses locais não estão as unidades de cuidados intensivos ou outro tipo de cuidados de maior qualidade: e eu não posso falhar pois pode estragar-se de repente o mercado. E uma boa oferta hospitalar é também um meio de atração de turistas”*. E, portanto, se o turismo médico centra-se essencialmente nos cuidados hospitalares, que por sua vez se situam nos principais aglomerados urbanos, já a ideia de turismo de saúde (Spa's e termas) se pode aplicar mais às áreas mais remotas. Contudo, é opinião destes entrevistados que não é pelo turismo de saúde que a aposta deve recair.

Ainda que com menor expressividade do que a ideia de turismo de saúde (ou médico), o desempenho produzido em Portugal ao nível da investigação e da inovação foi também mencionado durante a discussão em torno da saúde enquanto atividade exportadora. E aqui importa mencionar o facto de se ter sublinhado a qualidade de diversas instituições neste âmbito que com a criação do *Health Cluster Portugal - Polo de Competitividade da Saúde (HCP)* se têm começado a articular mais e projetado estas questões para um outro patamar. De facto, segundo os entrevistados, uma aposta na investigação e na inovação na saúde, com consequentes ganhos na própria prestação de cuidados, poderá constituir uma oportunidade para aumentar a própria competitividade portuguesa.

2. Avaliação da realidade e das políticas atuais

À semelhança do que se verificou no ponto 3.2.3, também aqui alguns entrevistados mostraram alguma renitência em efetuar qualquer tipo de avaliação neste domínio de atuação. Argumentos como *“não tenho conhecimento pormenorizado sobre estas questões”*, *“não tenho uma ideia precisa a este respeito”* ou *“tenho dificuldade em avaliar”* foram repetidamente mencionados durante as entrevistas. E também à semelhança do diagnóstico efetuado nos pontos 3.2.2 e 3.2.3, os entrevistados tenderam a não avaliar separadamente a realidade das políticas atuais.

De uma forma geral, a avaliação no que se refere à saúde enquanto atividade exportadora foi negativa por parte de 10 dos entrevistados, seja por as políticas atuais não apresentarem uma visão global sobre estas questões, seja pela inércia decorrente da conjuntura atual (falta de meios financeiros), seja por ainda se estar no princípio de um processo que deveria ter ocorrido há mais tempo, designadamente no que concerne à Diretiva dos Cuidados de Saúde Transfronteiriços. A seguinte afirmação espelha bem os comentários efetuados pelos auscultados: *“não estamos preparados! E o problema atual é que estamos a debatermo-nos para não nos afogarmos, pelo que não há estratégia”*.

Do outro lado esteve uma minoria de decisores e ex-decisores que avaliaram positivamente a realidade e as políticas atuais, dizendo, por exemplo, *“esta questão está a ser bem enquadrada atualmente”*, *“estas questões são importantes e têm sido equacionadas, designadamente no que respeita à Diretiva”* e ainda *“neste momento, o Governo está a fazer uma grande aposta nesta área (...) há alguém no ministério que está já a pensar sobre como internacionalizar a saúde portuguesa”*.

Os restantes efetuaram uma avaliação neutra, em parte pela já referida dificuldade sentida em fazer o diagnóstico da atual situação neste domínio, mas também porque embora se esteja a atuar nestas questões está-se aquém do esperado, como espelha a seguinte afirmação de um dos auscultados: *“já se fala há vários anos... mas vejo casos pontuais de análise sobre esse prisma, pelo que não estamos propriamente nem a fazer muito nem pouco”*.

O próximo quadro procura sistematizar o diagnóstico que os entrevistados efetuaram da realidade e das políticas atuais e o respetivo nível de consenso da argumentação, tendo como ponto de partida os três domínios de avaliação mencionados no ponto anterior: a Diretiva dos Cuidados de Saúde Transfronteiriços, o turismo de saúde (ou médico) e a investigação e inovação em saúde.

Quadro 27: Avaliação da realidade e das políticas atuais

<i>Aspetos avaliados como positivos</i>		<i>Aspetos avaliados como negativos</i>	
<i>Domínio de avaliação</i>	<i>Nível de consenso</i>	<i>Domínio de avaliação</i>	<i>Nível de consenso</i>
Diretiva		Diretiva	
... Capacidades técnicas instaladas, amenidades e posição geográfica do país	+++	... Reduzida organização e integração das diversas áreas e respetivos atores que deveriam trabalhar em conjunto	++
... Questão bem enquadrada pelo governo atual com a criação de uma comissão especializada para desenvolver estratégias (em articulação com os privados)	++	... Ausência de políticas neste domínio dada a conjuntura (excessiva preocupação com as questões financeiras)	++
Turismo de saúde (médico)		... Falta de capacidade de promoção das vantagens em vir para Portugal neste domínio	+
... Capacidades técnicas instaladas, amenidades e posição geográfica do país, gastronomia e hotelaria	++	... Falta de estudos de avaliação de impacto em relação a determinadas medidas	+
... Indicadores de saúde e bem-estar satisfatórios	+	... Pouca articulação público privado	+
Investigação e inovação		... Custos elevados e não concorrenciais das intervenções médicas	+
... <i>Health Cluster Portugal</i> , promovendo a articulação de diversas instituições e fomentando a exportação/internacionalização da saúde	++	... Possibilidade de virmos a ser maiores importadores do que exportadores de cuidados de saúde	+
... Elevada qualidade de investigação em diversas áreas da ciência médica	++	... Possibilidade da Diretiva vir a aumentar a desigualdade de acesso aos cuidados de saúde, na medida em que favorece quem tem mais acesso à informação e rendimentos mais elevados	+
... Hospitais já rotinados há vários anos na investigação e inovação (e.g. ensaios clínicos)	+	Turismo de saúde	
		... Reduzida organização e integração das diversas áreas e respetivos atores que deveriam trabalhar em conjunto	++
		... Falta de capacidade de promoção das vantagens em vir para Portugal neste domínio	+
		... Falta de estudos de avaliação de impacto em relação a determinadas medidas	+
		... Ausência de casuística	+
		Investigação e inovação	
		... Ausência de incentivos financeiros para a investigação atualmente	+

3. Dos princípios às políticas: o que fazer do ponto de vista da tomada de decisão?

As orientações de política delineadas pelos entrevistados para ultrapassar alguns dos atuais problemas e contribuir para uma melhor internacionalização da saúde focaram-se nos três domínios acima referidos, designadamente a Diretiva dos Cuidados de Saúde Transfronteiriços, o turismo de saúde (ou médico) e a investigação e inovação em saúde.

O próximo quadro procura sistematizar o que, de acordo com os entrevistados, devem ser essas linhas de orientação prioritárias, com predominância para os desafios colocados pela Diretiva e para o turismo de saúde (ou médico). No primeiro caso, ganham particular relevo as linhas de orientação que apontam para a necessidade do desenho de uma estratégia nacional para a aplicação da Diretiva, a definição da oferta de cuidados de acordo com a capacidade existente (incluindo prestadores privados) e a importância da promoção de estratégias e ações de divulgação (*marketing*). No que respeita o turismo de saúde, as prioridades são semelhantes, reunindo maior consenso as orientações de política que apontam para a definição de uma estratégia nacional para este domínio e a importância da promoção de estratégias e ações de divulgação (*marketing*).

Do mesmo modo, procurou verificar-se de que forma essas orientações são coerentes com o diagnóstico apresentado pelos entrevistados. E, neste âmbito, é possível verificar que foram apresentadas orientações de política que vão inclusive para além das preocupações avançadas durante a realização do diagnóstico.

Quadro 28: Linhas de orientação prioritária

Domínio de orientação política	Linhas de orientação	Nível de consenso	Relação com diagnóstico (aspectos avaliados como positivos)	Relação com diagnóstico (aspectos avaliados como negativos)
Diretiva	Desenhar uma estratégia nacional para a aplicação da Diretiva, desenvolvendo estudos sobre a potencial procura e a oferta existente, abrindo espaços de discussão, criando <i>nichos</i> de mercado (competir pela diferenciação) e definindo novas formas organizacionais por parte dos cuidados hospitalares para responderem ao desafio	+++	Questão bem enquadrada pelo governo atual com a criação de uma comissão especializada	Ausência de políticas neste domínio dada a conjuntura (excessiva preocupação com as questões financeiras) Reduzida organização e integração das diversas áreas e respetivos atores que deveriam trabalhar em conjunto Possibilidade de irmos a ser maiores importadores do que exportadores de cuidados de saúde Falta de estudos de avaliação de impacto em relação a determinadas medidas
	Definir a oferta de cuidados de acordo com a capacidade existente (prestadores públicos e privados), criando condições para que a iniciativa privada se estruture e organize e desenvolvendo mecanismo capazes de potenciar parcerias entre serviços públicos e privados	++	Questão bem enquadrada pelo governo atual com a criação de uma comissão especializada	Reduzida organização e integração das diversas áreas e respetivos atores que deveriam trabalhar em conjunto Pouca articulação público privado
	Promover estratégias e ações de divulgação (<i>marketing</i>) dos serviços de saúde de qualidade e dos locais onde se situam	++	Capacidades técnicas instaladas, amenidades e posição geográfica do país	Falta de capacidade de promoção das vantagens em vir para Portugal neste domínio
	Desenvolver mecanismos de informação aos cidadãos, demonstrando as implicações decorrentes da ‘abertura dos mercados’ e esclarecendo a linha estratégica delineada pelo governo	+	/	Possibilidade da Diretiva vir a aumentar a desigualdade de acesso aos cuidados de saúde, na medida em que favorece quem tem mais acesso à informação e rendimentos mais elevados
	Diminuir o custo de produção de determinadas áreas de intervenção (e.g. cirurgia de ambulatório), aumentando a eficiência hospitalar	+	/	Custos elevados e não concorrenciais das intervenções médicas Possibilidade de irmos a ser maiores importadores do que exportadores de

				cuidados de saúde
	Desenvolver mecanismos de resposta em torno de determinadas terapêuticas (e.g. hemodiálise), proporcionando meios para que os utentes (que dependem de apoios específicos) possam deslocar-se de um lado para outro	+	/	/
	Garantir a qualidade dos serviços e impedir a publicidade enganosa, reforçando os mecanismos de regulação (<i>"embora essa seja a missão da ERS, a regulação dos privados ainda é incipiente, havendo poucas penalizações. Precisamos de uma ASAE na saúde!"</i>)	+	/	/
	Fomentar a qualidade dos cuidados e dos serviços prestados, integrando os dados ao nível de cuidados	+	/	Reduzida organização e integração das diversas áreas e respetivos atores que deveriam trabalhar em conjunto
Turismo de saúde (médico)	Desenhar uma estratégia nacional para o turismo de saúde (médico), desenvolvendo estudos sobre a potencial procura e a oferta existente, abrindo espaços de discussão, criando <i>nichos</i> de mercado (competir pela diferenciação), definindo novas formas organizacionais por parte dos cuidados hospitalares e valorizando infraestruturas existentes, promovendo a articulação entre as instituições de saúde e as do sector do turismo	+++	/	Reduzida organização e integração das diversas áreas e respetivos atores que deveriam trabalhar em conjunto Falta de estudos de avaliação de impacto em relação a determinadas medidas Ausência de casuística
	Promover estratégias e ações de divulgação (<i>marketing</i>)	++	Capacidades técnicas instaladas, amenidades e posição geográfica do país, gastronomia e hotelaria Indicadores de saúde e bem-estar satisfatórios	Falta de capacidade de promoção das vantagens em vir para Portugal neste domínio Ausência de casuística
	Desenvolver mecanismos de articulação institucional e territorial para trabalhar em rede, criando condições para responder aos desafios do próximo quadro comunitário 2014/2020	+	/	Reduzida organização e integração das diversas áreas e respetivos atores que deveriam trabalhar em conjunto
	Conceber a ideia de região saudável, valorizando os produtos ecológicos, os produtos DOC ou os passeios eco em articulação com os serviços de saúde	+	/	/

	Criar condições para desenvolver o <i>turismo sénior</i> , valorizando e diversificando a parte hoteleira em articulação com um sistema que combine cuidados de saúde, cuidados de conforto, de apoio na higiene, na alimentação e nos pequenos tratamentos que são necessários para as atividades da vida diária	+	/	/
	Desenhar uma estratégia para o turismo de saúde (SPA e termalismo)	+	/	/
Investigação e inovação	Apostar na investigação e na inovação para criar a diferenciação da oferta de serviços de saúde e mostrar a qualidade internacionalmente, criando condições para manter os bons profissionais e investigadores em Portugal e promovendo a investigação clínica em meios hospitalares	+	Elevada qualidade de investigação em diversas áreas da ciência médica Hospitais já rotinados há vários anos na investigação e inovação (e.g. ensaios clínicos)	Ausência de incentivos financeiros para a investigação atualmente
	Fomentar a integração de dados ao nível da inovação e investigação (<i>"o cluster de saúde" tem feito algumas coisas e promove alguma interação... mas tudo isto é muito recente</i>)	+	<i>Health Cluster Portugal</i> , promovendo a articulação de diversas instituições e fomentando a exportação/internacionalização da saúde	/

4. Uma perspectiva *escalar*: onde atuar?

A resposta a esta questão foi sempre de natureza genérica, na medida em que os entrevistados não efetuaram qualquer ligação entre as linhas de orientação delineadas e a respetiva escala de atuação.

De uma forma geral, foi referido que o nível nacional é fundamental para o desenho de uma visão global, designadamente no que respeita à Diretiva e ao turismo de saúde, e que os níveis regional e local são por excelência aqueles onde se deve promover a criação de sinergias interinstitucionais para responder aos desafios colocados pela estratégia nacional e responder de forma territorialmente contextualizada.

5. Uma perspectiva institucional: quem envolver?

Também aqui a resposta dada pelos entrevistados foi de natureza genérica. Apesar de tudo, e de modo semelhante à questão anterior, é possível apresentar um esquema capaz de articular os três domínios de orientação com as instituições e a sua missão.

A observação da tabela permite perceber que o maior consenso reside em torno, por um lado, do papel da Administração Central/Governo no que respeita à Diretiva e, por outro, da importância da ARS, da CCDR, dos prestadores de cuidados de saúde e da hotelaria no que concerne ao turismo de saúde (médico).

Quadro 29: A perspectiva institucional por escala de atuação

<i>Domínio de orientação política</i>	<i>Instituições</i>	<i>Missão</i>	<i>Aspetos críticos</i>	<i>Nível de consenso</i>
Diretiva	Administração Central/Governo	Desenho de uma estratégia nacional (multisectorial) Promoção da estratégia divulgação (<i>marketing</i>) Promoção da qualidade	A estratégia deve envolver os privados	+++
	Ordens profissionais e ERS	Regulação e promoção da qualidade	A regulação dos privados precisa de ser mais incisiva	+
Turismo de saúde (médico)	ARS e CCDR	Definição de uma visão conjunta (regional) e contextualização da estratégia nacional	/	++
	Prestadores de cuidados de saúde e hotelaria	Definição de uma visão conjunta e articulada	/	++
	Administração Central/Governo	Desenho de uma estratégia nacional	/	+

	Agentes de variados sectores (e.g. agricultura, cultura, economia)	Definição de pacotes turísticos e de saúde	/	+
	Autarquias	Atração de investimento privado Criação de mecanismos de articulação com o sector social e outras instituições públicas	/	+
	Segurança social e paróquias	Promoção do turismo sénior	/	+
Investigação e inovação	Administração Central	Promoção da qualidade	/	+
	Hospitais	Promover a investigação clínica	/	+
	Laboratórios Associados e Laboratórios do Estado	Promover a investigação e a inovação	A missão do Instituto Ricardo Jorge pode ser repensada	+

6. Uma perspetiva instrumental: com que mecanismos intervir?

As respostas foram de uma forma geral direcionadas para a Diretiva e para o turismo de saúde (médico), embora, uma vez mais, sendo muito escassas e pouco precisas quanto aos instrumentos. Por diversas situações os entrevistados referiram não conhecer instrumentos específicos existentes para promover estas questões (e daí vários entrevistados referirem a necessidade de se desenhar um plano estratégico global). A seguinte afirma por parte de um dos entrevistados espelha bem a situação descrita: *“quanto ao nível de instrumentos que possam ser usados para promover o turismo de saúde, não tenho conhecimento suficiente sobre tal”*.

Seguindo o mesmo raciocínio efetuado no ponto 3.2.3, os próximos três quadros procuram sintetizar de forma esquemática a articulação existente entre este ponto e os dois previamente analisados, isto é, a escala de atuação, as principais instituições a envolver e os instrumentos primários de intervenção a utilizar, para cada um dos três principais domínios de orientação já referidos. Trata-se novamente de um exercício interpretativo dos comentários efetuados pelos entrevistados e que funciona como uma síntese destes três últimos pontos. Os comentários efetuados então no ponto 3.2.3 podem facilmente ser transportados para esta análise: elevado o nível de fragmentação das respostas dadas e escassa operacionalização das suas orientações políticas ao nível dos instrumentos de intervenção a utilizar. Destaque-se, apesar de tudo, a preocupação sentida (ainda que por um número muito reduzido de

entrevistados) em tirar partido dos fundos comunitários enquanto alavanca para o desenho e a implementação de projetos nesta área.

Quadro 30: Relação escala de atuação / principais instituições a envolver / instrumentos primários de intervenção a utilizar; domínio de orientação referente à Diretiva

Domínio de orientação: Diretiva										
<i>Escala</i>	<i>Instituições</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Nível de consenso</i>	<i>Aspetos críticos</i>	<i>Nível de consenso</i>	<i>Instrumentos de política</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Nível de consenso</i>	<i>Aspetos críticos</i>	<i>Nível de consenso</i>
Nacional	Governo e órgãos da Administração Central	Desenho de uma estratégia nacional (multisectorial)	+++	A estratégia deve envolver os privados	/	/	/	/	/	/
		Promoção da estratégia divulgação (<i>marketing</i>) Promoção da qualidade								
	Ordens profissionais e ERS	Regulação e promoção da qualidade	+	A regulação dos privados precisa de ser mais incisiva	+	/	/	/	/	/

Quadro 31: Relação escala de atuação / principais instituições a envolver / instrumentos primários de intervenção a utilizar: domínio de orientação referente ao turismo de saúde

Domínio de orientação: Turismo de saúde (médico)										
<i>Escala</i>	<i>Instituições</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Nível de consenso</i>	<i>Aspetos críticos</i>	<i>Nível de consenso</i>	<i>Instrumentos de política</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Nível de consenso</i>	<i>Aspetos críticos</i>	<i>Nível de consenso</i>
Nacional	Governo e órgãos da Administração Central	Desenho de uma estratégia nacional	+	/	/	Plano Estratégico Nacional do Turismo	Definição base da estratégia de desenvolvimento turístico nacional	+	/	/
Regional	ARS e CCDR	Definição de uma visão conjunta (regional) e contextualização da estratégia nacional	++	/	/	Fundos Comunitários	Apoio financeiro ao desenvolvimento de projetos	+	/	/
Local	Prestadores de cuidados de saúde e hotelaria	Definição de uma visão conjunta e articulada	++	/	/	Fundos Comunitários	Apoio financeiro ao desenvolvimento de projetos	+	/	/
	Agentes de variados sectores	Definição de pacotes turísticos e de saúde	+	+	/	Fundos Comunitários	Apoio financeiro ao desenvolvimento de projetos	+	/	/
	Autarquias	Atração de investimento privado Criação de mecanismos de articulação com o sector social e outras instituições públicas	+	+	/	Fundos Comunitários	Apoio financeiro ao desenvolvimento de projetos	+	/	/
	Segurança social e paróquias	Promoção do turismo sénior	+	+	/	/	/	/	/	/

Quadro 32: Relação escala de atuação / principais instituições a envolver / instrumentos primários de intervenção a utilizar: domínio de orientação referente à investigação e à inovação

Domínio de orientação: Investigação e inovação										
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<i>Escala</i>	<i>Instituições</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Nível de consenso</i>	<i>Aspetos críticos</i>	<i>Nível de consenso</i>	<i>Instrumentos de política</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Nível de consenso</i>	<i>Aspetos críticos</i>	<i>Nível de consenso</i>
Nacional	Administração Central	Promoção da qualidade	+	/	/	/	/	/	/	/
	Laboratórios Associados e Laboratórios do Estado	Promover a investigação e a inovação	+	A missão do Instituto Ricardo Jorge pode ser repensada	+	/	/	/	/	/
Local	Hospitais	Promover a investigação clínica	+	/	/	/	/	/	/	/

7. Das políticas à sua operacionalização: o que fazer na prática?

Partindo das orientações de política que, na ótica dos entrevistados, deveriam ser desenhadas atualmente para a saúde enquanto atividade exportadora, procurou perceber-se como estas se poderiam traduzir em ações práticas, ou seja, quais os meios operacionais necessários para cumprir os objetivos de política formulados.

No que respeita à Diretiva, a atenção centrou-se particularmente na linha de orientação referente ao desenho de uma estratégia nacional para a sua aplicação, quer no que respeita ao número de medidas propostas, quer no que concerne à consensualização das medidas. No mesmo sentido situou-se a atenção referente ao domínio do turismo de saúde (médico), isto é, na linha de orientação referente ao desenho de uma estratégia nacional para este tipo de turismo. Refira-se, contudo que, ao contrário do que se verificou no domínio da Diretiva, com diversas linhas de orientação sem medidas operacionais apresentadas, quase todas as orientações de política apresentavam ações práticas de implementação. Importa, por fim, referir que só uma medida foi apresentada no domínio da investigação e inovação, contrastando claramente com os outros dois domínios.

O próximo quadro procura sistematizar as ações que, na opinião dos auscultados, se devem colocar em prática para cumprir os objetivos de política definidos.

Quadro 33: Operacionalização das linhas de orientação prioritária

Domínio de orientação política	Linhas de orientação	Nível de consenso	Operacionalização	Nível de consenso
Diretiva	Desenhar uma estratégia nacional para a aplicação da Diretiva, desenvolvendo estudos sobre a potencial procura e a oferta existente, abrindo espaços de discussão, criando <i>nichos</i> de mercado (competir pela diferenciação) e definindo novas formas organizacionais por parte dos cuidados hospitalares para responderem ao desafio	+++	Caracterização da procura: identificação dos mercados potencialmente emissores e dos produtos que são objetos de fluxos entre países, <i>benchmarking</i> com o preço e a identificação de quem os compra (companhias de seguros, agências governamentais que comprem para reduzir as listas de espera ou pessoas individualmente)	++
			Caracterização da oferta em termos de cuidados de saúde: que serviços Portugal tem para oferecer e quais as competências existentes	++
			Definição das principais linhas de orientação estratégica	++
			Mobilização, sensibilização e fomento do diálogo com diversos agentes	++
			Definição de mecanismos de acompanhamento e avaliação anual	+
Diretiva	Definir a oferta de cuidados de acordo com a capacidade existente (prestadores públicos e privados), criando condições para que a iniciativa privada se estruture e organize e desenvolvendo mecanismo capazes de potenciar parcerias entre serviços públicos e privados	++	/	/
	Promover estratégias e ações de divulgação (<i>marketing</i>) dos serviços de saúde de qualidade e dos locais onde se situam	++	Desenvolvimento de campanhas publicitárias e ações de divulgação essencialmente em África (lusófona), Ásia e América do Norte Desenvolvimento de um portal com informação variada sobre este domínio	+ +
	Desenvolver mecanismos de informação aos cidadãos, demonstrando as implicações decorrentes da ‘abertura dos mercados’ e esclarecendo a linha estratégica delineada pelo governo	+	/	/
	Diminuir o custo de produção de determinadas áreas de intervenção (e.g. cirurgia de ambulatorio), aumentando a eficiência hospitalar	+	/	/

	Desenvolver mecanismos de resposta em torno de determinadas terapêuticas (e.g. hemodiálise), proporcionando meios para que os utentes (que dependem de apoios específicos) possam deslocar-se de um lado para outro	+	/	/
	Garantir a qualidade dos serviços e impedir a publicidade enganosa, reforçando os mecanismos de regulação (<i>"embora essa seja a missão da ERS, a regulação dos privados ainda é incipiente, havendo poucas penalizações. Precisamos de uma ASAE na saúde!"</i>)	+	/	/
	Fomentar a qualidade dos cuidados e dos serviços prestados, integrando os dados ao nível de cuidados	+	/	/
Turismo de saúde (médico)	Desenhar uma estratégia nacional para o turismo de saúde (médico), desenvolvendo estudos sobre a potencial procura e a oferta existente, abrindo espaços de discussão, criando <i>nichos</i> de mercado (competir pela diferenciação), definindo novas formas organizacionais por parte dos cuidados hospitalares e valorizando infraestruturas existentes, promovendo a articulação entre as instituições de saúde e as do sector do turismo	+++	Caracterização da procura: identificação dos mercados potencialmente emissores e dos produtos que são objetos de fluxos entre países, <i>benchmarking</i> com o preço e a identificação de quem os compra (companhias de seguros, agências governamentais que comprem para reduzir as listas de espera ou pessoas individualmente)	++
			Caracterização da oferta em termos de cuidados de saúde: que serviços Portugal tem para oferecer e quais as competências existentes	++
			Caracterização da oferta em termos de locais turísticos e sua articulação com os serviços de saúde existentes	++
			Definição das principais linhas de orientação estratégica	++
			Mobilização, sensibilização e fomento do diálogo com diversos agentes	++
			Definição de mecanismos de acompanhamento e avaliação anual	+
	Promover estratégias e ações de divulgação (<i>marketing</i>)	++	Criação de uma estrutura institucional com o objetivo de promover o turismo de saúde em Portugal e servir de elo de articulação interinstitucional	+
			Desenvolvimento de um portal com informação variada sobre este domínio	+
	Desenvolver mecanismos de articulação institucional e territorial para trabalhar em rede, criando condições para	+	Disponibilização de informação aos diversos agentes sobre os fundos comunitários e sobre a sua relação com o turismo de	+

	responder aos desafios do próximo quadro comunitário 2014/2020		saúde Criação de uma estrutura institucional com o objetivo de promover o turismo de saúde em Portugal e servir de elo de articulação interinstitucional Desenvolvimento de mecanismos de auxílio ao acesso a financiamento comunitário para a reabilitação de espaços e casas (património) para determinadas especialidades médicas (e.g. ortopedia)	+ +
	Conceber a ideia de região saudável, valorizando os produtos ecológicos, os produtos DOC ou os passeios eco em articulação com os serviços de saúde	+	Mobilização, sensibilização e fomento do diálogo com diversos agentes Definição e caracterização dos produtos locais, de circuitos turísticos já existentes e da oferta de cuidados Criação de pacotes de turismo de saúde	+ + +
	Criar condições para desenvolver o <i>turismo sénior</i> , valorizando e diversificando a parte hoteleira em articulação com um sistema que combine cuidados de saúde, cuidados de conforto, de apoio na higiene, na alimentação e nos pequenos tratamentos que são necessários para as atividades da vida diária	+	Desenvolvimento de uma nova ‘oferta institucional’, articulando a ideia de lar com necessidades de cuidados continuados de saúde Divulgação da venda de casas para reformados estrangeiros em determinados mercados	+ +
	Desenhar uma estratégia para o turismo de saúde (SPA e termalismo)	+	/	/
	Apostar na investigação e na inovação para criar a diferenciação da oferta de serviços de saúde e mostrar a qualidade internacionalmente, criando condições para manter os bons profissionais e investigadores em Portugal e promovendo a investigação clínica em meios hospitalares	+	Lançamento de uma linha de investimento económico para promover a investigação e a capacidade de gerar empresas nesta área	+
Investigação e inovação	Fomentar a integração de dados ao nível da inovação e investigação (<i>“o cluster de saúde” tem feito algumas coisas e promove alguma interação... mas tudo isto é muito recente</i>)	+	/	/

8. Aferição da natureza das respostas face ao objetivo delineado

Neste último ponto procurou analisar-se as respostas dos entrevistados face ao objetivo proposto – *compreender a relevância que o entrevistado atribui à saúde, desta feita não numa ótica de serviço básico de apoio à população, mas enquanto atividade exportadora* – levando em consideração a seguinte tipologia:

- A. As respostas do entrevistado sugerem que atribui uma importância reduzida a estes fatores, isto é, estas questões adquirem uma importância menor no âmbito das políticas de saúde, pelo que não devem condicionar as outras orientações de política de saúde;
- B. As respostas do entrevistado sugerem que compreende e precisa a problemática em termos teóricos, isto é, valoriza estas questões e consegue fundamentar as suas ideias do ponto de vista concetual (mas não ao nível da formulação de políticas);
- C. As respostas do entrevistado sugerem que compreende e precisa a problemática em termos teóricos, avançando inclusive com orientações de política;
- D. As respostas do entrevistado sugerem que consegue operacionalizar a teoria e traduzi-la em questões práticas (e.g. é capaz de elaborar um plano de ação);
- E. As respostas do entrevistado sugerem que consegue operacionalizar a teoria, explicitando os meios, os critérios e a informação que é necessário recolher para colocar em prática o que propõe.

A interpretação da natureza das respostas face ao objetivo delineado sugere que:

- Mais de metade dos decisores e ex-decisores de políticas de saúde concetualiza a problemática em causa e formula orientações de política no sentido de tirar partido da saúde e dos cuidados de saúde enquanto atividade exportadora (tipologia C);
- Cerca de ¼ dos entrevistados traduz essa concetualização em ações práticas (tipologia D), embora nenhum dos decisores e ex-decisores de políticas de saúde explicitasse claramente os meios, os critérios e a informação que é necessário recolher para colocar em prática cada uma das linhas de orientação definidas (tipologia E);
- Somente três entrevistados é que, embora concetualizem a problemática em causa, discutindo importância da saúde enquanto atividade exportadora, não avançaram com objetivos de política neste domínio (tipologia B).
- Apenas um entrevistado atribuiu uma importância reduzida à saúde enquanto atividade exportadora (tipologia A), em grande medida pelo seu desconhecimento sobre este tema: *“não tenho uma ideia precisa a este respeito, mas uma coisa é certa: os cuidados nesta ótica transfronteiriça devem ser olhados, não numa ótica mercantil, mas numa ótica humanista”* foi o comentário efetuado quando confrontado com esta questão.

O facto da análise efetuada indicar de quase todos os auscultados valorizarem esta visão da saúde enquanto atividade exportadora, e inclusive grande parte deles avançar com orientações de política,

significa que esta é uma questão para a qual os decisores e ex-decisores estão sensibilizados. Contudo, e à semelhança do que ocorreu com o ponto 3.2.3, importa realçar o nível de fragmentação das respostas e a sua análise no que respeita particularmente aos instrumentos de intervenção a utilizar, o que sugere uma menor apropriação do conhecimento neste domínio face ao verificado, por exemplo, no ponto 3.2.2.

Procurou também relacionar-se a natureza das respostas, quer com a atividade profissional dos entrevistados, quer com as suas com as habilitações académicas. No que respeita o primeiro caso, a análise parece indiciar que é ao nível governamental que se verifica uma maior heterogeneidade de posturas face a esta temática, observando-se, pelo contrário, uma maior sensibilidade em concetualizar a problemática em causa (tipologia C) e em alguns casos traduzir essa concetualização em ações práticas (tipologia D) nos membros da Administração Central e Regional. Já no que diz respeito às habilitações académicas, foi possível distinguir-se uma postura mais consensual por parte dos que detêm uma formação em Medicina e Saúde Pública face aos restantes, evidenciando uma maior facilidade em concetualizar a problemática em causa e definir linhas de orientação (tipologia C). No entanto, pese embora alguma heterogeneidade encontrada na tipologia de respostas, a análise também sugere que os entrevistados com formação (de base ou complementar) no domínio da gestão/economia apresentam um maior grau de operacionalização (Tipologia D).

3.2.5. Mecanismos de governança na saúde

1. Os fatores considerados e a importância atribuída

A temática da governança foi amplamente reconhecida como sendo de capital importância para o sucesso, quer do processo de formulação das políticas, quer para a sua implementação. E embora por diversas ocasiões este tema tenha surgido no decorrer das respostas aos quatro grupos de questões anteriores, procurou centrar-se aqui a discussão em torno do processo de formulação das políticas da saúde e a sua articulação com outros agentes e políticas, designadamente as de base territorial.

A par da importância da intersectorialidade para as políticas da saúde, a discussão focou também a articulação institucional dentro do próprio sector da saúde e, embora em menor escala, a participação dos cidadãos nos processos de tomada de decisão.

No que respeita à articulação interinstitucional, todos os entrevistados sublinharam a importância de se adotarem formas de formulação e implementação de políticas públicas assentes num contexto de diálogo e cooperação entre as diversas áreas sectoriais de intervenção pública, independentemente da escala de atuação (nacional, regional ou local). Os seguintes exemplos espelham bem os argumentos de alguns dos decisores e ex-decisores:

“Justifica-se uma forte articulação (saúde com economia, ambiente, ordenamento...), nas mais variadas escalas de atuação. Por exemplo, não faz sentido encerrar-se um hospital ou uma maternidade e fazer-se um hotel logo ali ao lado. É preciso que os diferentes ministérios dialoguem para articular estratégias, políticas e decisões concretas”;

“Esta questão é fundamental! Por todos os motivos e mais alguns. Por exemplo, se se implementasse a ideia dos miúdos comerem uma maçã por dia nas escolas era bom para a saúde, para os produtores de maçã, para o desenvolvimento; mas há que pensar de forma transversal”.

“A questão da articulação intersectorial é de extrema importância. Mais, numa lógica atual de concentração, e portanto de encerramento, tem de haver articulação, comunicação e cuidados especiais que envolvam vários ministérios. Se fosse para abrir, certamente o problema era menor, pois traria emprego, desenvolvimento, etc.”.

“É uma questão importante e é sempre desejável mais articulação. Mas é muito fácil enuncia-la e mais difícil praticá-la”.

“Infelizmente há muitos ministros que têm claramente uma conceção uni sectorial das políticas! Muitas vezes há aquela ideia de «na saúde quem manda é Ministério da Saúde», logo os outros não têm de se meter”.

“Muito importante, mas culturalmente os ministérios não estão vocacionados para acreditar uns nos outros e ter políticas conjuntas. Deveria ser assim: temos de fazer algo, quem são os nossos parceiros? Mas não há esta cultura organizacional”.

Ainda no domínio da articulação intersectorial, o domínio do ordenamento do território foi abordado enquanto (potencial) *aliado* das questões relacionadas com a saúde, pese embora a fraca e esporádica cooperação existente. De acordo com alguns dos auscultados, esta relação tem-se verificado essencialmente por motivos de candidaturas aos fundos comunitários (por exemplo, para a construção de equipamentos de saúde). Mais uma vez, os seguintes exemplos representam algumas das opiniões manifestadas, seja quanto à importância e razão de ser da articulação entre as duas áreas, seja quanto ao modo como perspetivam o ordenamento do território:

“A questão territorial também é importante. Nos últimos 40 anos, o serviço de saúde foi-se expandindo, mas não parámos um momento para o reorganizar. Fomos sempre acrescentando algo à rede que já existia. De facto, sem haver um órgão de verdadeiro poder regional, é difícil reorganizar um território (e as CCDR não têm esse poder). Este é, portanto, um dos problemas que existe da rede hospitalar”.

“É muito importante haver ligação intersectorial e é impossível planear o território e a saúde sem haver articulação. E aqui o suporte legal pode trazer benefícios... mas não chega! Estas coisas só acontecem se também quem toma decisões tem consciência da importância desta articulação”.

“A saúde sempre achou que é uma área muito específica e que pouco tem a ver com o resto! Antes pensava-se assim “ninguém percebe de saúde só nós é que sabemos”. A questão do território é um bom exemplo: há que saber qual a população existente, as vias de comunicação, os transportes e o ambiente. Agora já se começa mais a falar de «health in all policies» - há que abrir a saúde para fora!”.

“A pouca importância atribuída à educação para a saúde e à prevenção e a tónica posta na prestação de cuidados retira importância à ligação ordenamento do território/geografia/população com as políticas de saúde. Uma adequada política de saúde é a intervenção precoce na população (desde a educação na infância até à mudança de hábitos) e isso pressuporia um conhecimento exato e uma integração das duas ciências. Bom, como essa importância não é dada (só há uma manifestação de intenção, com algumas breves iniciativas no âmbito da educação), desde logo não correspondida na atribuição de meios de financiamento que são afetos à área da educação e da prevenção, é por isso que as políticas de saúde e do ordenamento são verticalizadas”.

“A articulação com o ordenamento do território é importante, mas no nosso caso tem sido muito limitada (apesar de alguns esforços). A estrutura deste governo e dos governos anteriores, e aliás essa é uma matéria sobre a qual vários países têm sentido as mesmas dificuldades, tentam colar excessivamente aquilo que tem a ver com território com ambiente. De facto, a grande questão que está sempre em cima da mesa na União Europeia, que tem tudo a ver com o ordenamento territorial, prende-se muito mais com a salubridade dos meios do que com o acesso a estruturas e essa é uma questão de pecado original. Vamos ver como nós temos desde sempre montada uma lógica politicamente obrigatória de avaliação do impacto no ambiente e contudo a disciplina que para mim é mais relevante, que é avaliação de impactos na saúde, não tem nenhuma expressão significativa em Portugal”.

“No que respeita ao ordenamento do território, este é o maior problema de ‘poluição’ que nós temos. Posso despoluir um rio, posso fechar uma fábrica que deita poluição para a atmosfera. E corrigir a distribuição habitacional?”.

“A sensação que existe é a de que há uma enorme balbúrdia entre as instituições do ordenamento do território e as câmaras e ninguém se entende, pelo que quem está de fora procura fugir. (...) Os instrumentos de ordenamento são importantes (...) mas a sensação que dá é que aqueles instrumentos são tao ambiciosos, demoram tanto tempo a preparar e a discutir e, ainda, com tanto tempo em processo de consulta que quando chega a altura de operacionalizar já está completamente desatualizado. Portanto, são discussões muito profundas, a pensar em todo o tipo de impactos, que quando chega ‘à luz do dia’ já está completamente ultrapassado (e os próprios atores já são diferentes, o que vem complicar ainda mais o processo)”.

Face os argumentos apresentados, parece certo que a saúde não deve ser exclusiva das instituições integrantes do ministério da saúde, que embora desejável não existe uma cultura de cooperação institucional nas diversas escalas de atuação e que a área do ordenamento do território, não obstante ser alvo de algumas críticas, deve estar em articulação com as questões da saúde, seja por causa da construção/recuperação de equipamentos de saúde por via de apoio dos fundos comunitários, seja por motivos de organização territorial dos serviços de saúde, seja ainda na procura de melhores soluções para a promoção da saúde.

Já no que respeita à articulação entre instituições dentro do sector da saúde, a ideia que trespassa de uma forma geral é a de que a relação é piramidal (do governo para as administrações central e regional e destas para os Hospitais e os ACES), centralizada e pouco participada, sendo o instrumento ou canal de comunicação principal o diálogo informal que em muito depende dos respetivos líderes. Atente-se aos seguintes comentários efetuados durante as entrevistas:

“Dentro do domínio da saúde é assim que acontece: o ministro dá uma ordem aos 5 presidentes das ARS e está feito. O nosso sistema é muito piramidal”.

“A articulação dentro da área de saúde não é boa! É menor do que devia! Por exemplo, há reuniões que não são bem preparadas, sendo enviadas cartas do ministro a dizer o que as ARS devem fazer. Não há instrumentos de passagem de informação, por vezes é ad hoc. Devem ser mais estruturadas, o que por sua vez depende muito da qualidade dos atores líderes!”

“A própria informação dentro do sistema de saúde é má e articula-se deficientemente (do ministério às instituições locais), essencialmente porque a organização não tem esquemas de comunicação internos bem estruturados”.

“A saúde não deve ser exercida de forma “top-down”, ela deve ser participada e não deve estar centrada. No entanto, embora o edifício de tomada de decisões políticas (da decisão à operacionalização) na prancheta técnica esteja bem definido, no exercício prático está fortemente condicionado por uma cultura centralizadora e por uma cultura de irresponsabilidade”.

“Quanto ao sector da saúde, digamos que tenho muita dificuldade em entender esta forma de organização, que está muito centralizada (muito dependente do ministro), em que o ministro descentraliza as questões financeiras num secretário de estado e as questões de saúde no secretário de estado adjunto. Cada uma das instituições tem as suas

competências. Aparentemente, trata-se de um grupo, mas em termos empresariais isto não é um grupo, é antes um conjunto de entidades completamente autónomas umas das outras, com decisões muito próprias e que a tutela, para conseguir de alguma forma ter alguma coordenação disto tudo, vai fazendo despachos e decretos-lei para obrigar todas estas entidades a cumprir. Mas é um sistema muito pouco eficiente”.

Finalmente, em relação à participação de outros agentes foi sublinhada, ainda que por uma minoria de entrevistados, a importância de se promover uma maior ligação com os cidadãos de forma a aumentar a literacia em saúde e a consciência da sua responsabilidade coletiva. Também aqui podem ser dados alguns exemplos de afirmações efetuadas durante as entrevistas:

“No relacionamento com os cidadãos, nomeadamente ao nível da procura do aumento da literacia, deveria fazer-se mais”.

“Quanto aos cidadãos, não temos a tradição, não há uma cultura de cidadania e as pessoas só são motivadas pelos grandes temas”.

“A capacitação do cidadão é muito importante, que vai muito para lá daquela palavra muito gasta ‘empowerment’: eu não quero isso, quero mais do que isso! Quero a capacitação do cidadão para a assunção das suas responsabilidades coletivas, nomeadamente naquilo que tem a ver com a sua saúde, porque o custo é um custo coletivo”.

2. Avaliação da realidade e das políticas atuais

A avaliação e o diagnóstico traçado pelos entrevistados englobaram de forma conjunta a realidade e as políticas atuais. Neste domínio de análise, mais de metade dos entrevistados manifestou desagrado na forma como a articulação interinstitucional se verifica, quer entre diferentes sectores, quer dentro do próprio sector da saúde. O seguinte comentário ilustra bem a posição da maioria dos auscultados: *“a intersectorialidade não é praticada por uma questão de cultura de quintal e hábitos comportamentais. As interações de um ponto de vista sistemático são inexistentes. Se houver algum contacto é por motivos oportunistas, em redor de qualquer projeto ou ato específico. E não existe com entidades com quem deveria haver fortíssima relação, quer com o ordenamento do território e agentes dos municípios, quer com a segurança social. Com a educação, curiosamente, ou existe à volta de programas ou projetos específicos, ou a ligação é tao ténue que chega a ser chocante”.*

Importa, contudo, acrescentar que um dos fatores que na ótica de alguns dos entrevistados contribui para esta lacuna do ponto de vista da articulação interinstitucional reside no atual contexto económico. Atente-se aos seguintes exemplos:

“Não há ninguém que tenha um discurso contrário, mas na prática é difícil fazê-lo. Algumas das dificuldades advêm de questões financeiras para tomar certas medidas. Um típico exemplo é, durante um processo, afirmar-se: «sim colaboramos, mas quem paga o quê?»”.

“Há sempre uma lógica de reduzir despesas. Por exemplo, fala-se da passagem de determinadas atribuições no âmbito de saúde para o poder local, mas só por uma questão financeira. Não pode ser assim!”

“É difícil avaliar estas questões... mas a ideia que existe é que as decisões são tomadas essencialmente numa lógica contabilística”.

“Mas aqui são mais responsáveis os políticos anteriores do que os atuais – estes só se preocupam com as questões financeiras, enquanto antes havia tempo para se preocuparem com estas e outras questões (de médio e longo prazo)”.

Registe-se que somente para dois dos entrevistados é que estas questões merecem uma avaliação positiva, como se pode verificar pelas seguintes afirmações:

“Do ponto de vista transversal, há áreas onde se verifica esta articulação, designadamente entre os centros de saúde e as comunidades. De facto, há locais onde se verifica uma relação muito próxima entre centros de saúde, autarquias e outras instituições locais”.

“Temos de ver que a busca de ganhos de eficiência está a obrigar à partilha e à criação de sinergias. Note-se que pode não ser uma política intencional, mas o facto de haver uma necessidade de criar sinergias e com isso reduzir custos está a promover comunicação entre sectores”.

Do ponto de vista específico das relações interinstitucionais com o domínio do ordenamento do território, a reação foi perentória por parte dos entrevistados: ou têm sido inexistentes ou simplesmente baseados em cooperações pontuais, designadamente por motivos associados com os quadros de programação financeira, em muito por falta de uma cultura organizacional, por um lado, por uma incompreensão mútua de como encetar processos mais colaborativos, por outro, ou pela forma como o ordenamento do território é considerado (negativamente) pelos atores do lado da saúde, por fim. E esta questão é válida, tanto para a esfera governativa, como para as administrações central (e.g. DGS e DGOTDU) e regional (e.g. ARS e CCDR) e, ainda para as instituições locais (Prestadores de cuidados e autarquias). A realização da *análise especializada sobre Ordenamento do Território e Saúde* no âmbito do PNS 2011-2016 foi referida, ainda que por uma minoria dos entrevistados, como sendo um bom exemplo (ou ponto de partida) de como promover uma maior articulação entre as duas áreas.

O próximo quadro procura sistematizar o diagnóstico que os entrevistados efetuaram da realidade e das políticas atuais e o respetivo nível de consenso da argumentação. Para simplificação, subdividiu-se o diagnóstico pelos três domínios de avaliação já mencionados: a articulação interinstitucional numa ótica intersectorial (com particular incidência sobre a cooperação com o ordenamento do território), a articulação interinstitucional no sector da saúde e a participação dos cidadãos no domínio da saúde.

Quadro 34: Avaliação da realidade e das políticas atuais

<i>Aspetos avaliados como positivos</i>		<i>Aspetos avaliados como negativos</i>	
<i>Domínio de avaliação</i>	<i>Nível de consenso</i>	<i>Domínio de avaliação</i>	<i>Nível de consenso</i>
Articulação intersectorial		Articulação intersectorial	
... Colaboração entre entidades do sector da saúde (e.g. ARS, prestadores de cuidados) e autarquias no âmbito de candidaturas a fundos comunitários	++	... Ausência de cultura organizacional que promova uma articulação intersectorial	++
... Colaboração entre entidades do sector da saúde (e.g. ARS, prestadores de cuidados) e autarquias para a construção ou renovação de equipamentos de saúde	+	... Ausência de uma liderança capaz de promover a articulação intersectorial	++
... Cooperação existente em alguns locais entre centros de saúde, autarquias e comunidade	+	... Contexto atual desvia preocupações para domínios financeiros	++
Articulação na saúde		... Ordenamento do território considerado ‘confuso’	++
... Informação vai circulando de forma informal por intermédio de uma prática que se foi instalando com o tempo	+	... Ausência de canais de comunicação interinstitucionais	++
... Articulação com cuidados de saúde hospitalares vai funcionando por via dos contratos-programa	+	... Ausência de planeamento estratégico (postura extremamente reativa)	+
Participação dos cidadãos		... Instrumentos potenciadores de articulação interinstitucional estão ‘parados’ (e.g. PNS 2011/16)	+
... Participação das associações cívicas nos processos de tomada de decisão	+	... Demasiada centralização nos processos de tomada de decisão	+
		... Excesso de ‘egocentrismo’ da área da saúde face às restantes	+
		... Cooperação entre cuidados de saúde hospitalares e autarquias/comunidade quase inexistente	+
		... Colaboração entre entidades do ordenamento do território e da saúde resulta essencialmente de imperativos legais (e.g. para candidaturas a fundos comunitários na área da saúde, a CCDR tem de pedir um parecer à ARS)	+
		... Divisão administrativa do país dificulta articulação intersectorial	+
		Articulação na saúde	
		... Ausência de canais de comunicação interinstitucionais	++
		... Ausência de cultura organizacional que promova uma articulação interinstitucional	++
		... Ausência de uma liderança capaz de promover a articulação interinstitucional	++
		... Demasiada centralização nos processos de tomada de decisão e organização demasiado piramidal	+

...	Contexto atual desvia preocupações para domínios financeiros	+
...	Escassa articulação entre os sectores público e privado	+
Participação dos cidadãos		
...	Reduzida participação por motivos de cultura e literacia	++
...	Ausência de mecanismos que promovam uma efetiva participação dos cidadãos	+
...	Sensação por parte dos cidadãos de que os direitos não são iguais para todos	+

3. Dos princípios às políticas: o que fazer do ponto de vista da tomada de decisão?

Tendo como ponto de partida a temática da governança e o diagnóstico traçado pelos entrevistados, procurou indagar-se quais as políticas que, no seu entender, deveriam ser formuladas atualmente com vista a debelar as situações que foram referidas como negativas e, conseqüentemente, promover uma maior articulação interinstitucional. À semelhança do ponto anterior, as orientações de política foram subdivididas pelos três domínios acima referidos, designadamente a articulação interinstitucional numa ótica intersectorial (com particular incidência sobre a cooperação com o ordenamento do território), a articulação interinstitucional no sector da saúde e a participação dos cidadãos no domínio da saúde.

O próximo quadro procura sistematizar as linhas de orientação prioritárias centradas nesses três domínios. A grande maioria das orientações de política traçadas pelos entrevistados centrou-se na questão da articulação intersectorial. E aqui ganham particular relevo pelo nível de consenso observado as linhas de orientação que apontam, quer para a necessidade de coordenar conjuntamente as políticas de forma articulada e visível para a população nas diferentes escalas de atuação, criando-se para o efeito soluções organizacionais adequadas e uma prática cultural sistemática que em muito passa pela capacidade de liderança, quer para a importância de se apostar na ideia de *saúde em todas as políticas*, incorporando a saúde e o bem-estar como componentes centrais no desenvolvimento de outros domínios sectoriais. A relação com o domínio do ordenamento do território, embora não exclusiva, fica aqui contemplada através destas orientações.

Já no que respeita à articulação interinstitucional no sector da saúde, a única orientação lançada pelos entrevistados consistiu na promoção de processos de maior participação e discussão na tomada de decisão política. Perpassa, também aqui, a ideia de se criarem soluções organizacionais adequadas e uma prática cultural sistemática que em muito passa pela capacidade de liderança.

Por fim, e embora com um nível de consenso já menor, foram ainda lançadas duas orientações de política com o objetivo de promoverem a participação dos cidadãos nos processos de tomada de decisão política respeitante à saúde.

Procurou, também, verificar-se de que forma estas orientações são coerentes com o diagnóstico apresentado pelos entrevistados. E, neste âmbito, é possível verificar que as linhas de orientação definidas procuram ir ao encontro das preocupações previamente mencionadas.

Quadro 35: Linhas de orientação prioritária

Domínio de orientação política	Linhas de orientação	Nível de consenso	Relação com diagnóstico (aspectos avaliados como positivos)	Relação com diagnóstico (aspectos avaliados como negativos)
Articulação intersectorial	Promover a coordenação conjunta de políticas de forma articulada e visível para a população nas diferentes escalas de atuação, criando soluções organizacionais adequadas e uma prática cultural sistemática (que em muito passa pela capacidade de liderança)	++++	Colaboração entre entidades do sector da saúde (e.g. ARS, prestadores de cuidados) e autarquias no âmbito de candidaturas a fundos comunitários Cooperação existente em alguns locais entre centros de saúde, autarquias e comunidade	Ausência de cultura organizacional que promova uma articulação intersectorial Ausência de uma liderança capaz de promover a articulação intersectorial Ausência de canais de comunicação interinstitucionais Ausência de planeamento estratégico (postura extremamente reativa) Demasiada centralização nos processos de tomada de decisão Excesso de ‘egocentrismo’ da área da saúde face às restantes Cooperação entre cuidados de saúde hospitalares e autarquias/comunidade quase inexistente Colaboração entre entidades do ordenamento do território e da saúde resulta essencialmente de imperativos legais (e.g. para candidaturas a fundos comunitários na área da saúde, a CCDR tem de pedir um parecer à ARS)
	Apostar na ideia de <i>saúde em todas as políticas</i> , incorporando a saúde e o bem-estar como componentes centrais no desenvolvimento de outros domínios sectoriais	+++	/	Ordenamento do território considerado ‘confuso’ Excesso de ‘egocentrismo’ da área da saúde face às restantes
	Desenvolver mecanismos de coordenação conjunta da organização territorial dos principais equipamentos públicos, desenhando projetos com uma visão global e uma estratégia sectorialmente abrangente	+	Colaboração entre entidades do sector da saúde (e.g. ARS, prestadores de cuidados) e autarquias para a construção ou renovação de equipamentos de saúde	Colaboração entre entidades do ordenamento do território e da saúde resulta essencialmente de imperativos legais (e.g. para candidaturas a fundos comunitários na área da saúde, a CCDR tem de pedir um parecer à

				ARS) Ordenamento do território considerado ‘confuso’ Ausência de planeamento estratégico (postura extremamente reativa) Demasiada centralização nos processos de tomada de decisão
	Desenvolver iniciativas tipo <i>cidades saudáveis</i> , permitindo articular a saúde com as dimensões ambiental, cultural, do espaço físico, entre outras.	+	/	Colaboração entre entidades do ordenamento do território e da saúde resulta essencialmente de imperativos legais (e.g. para candidaturas a fundos comunitários na área da saúde, a CCDR tem de pedir um parecer à ARS) Ordenamento do território considerado ‘confuso’
	Definir a divisão administrativa de forma coerente e coincidente entre as diversas instâncias, permitindo mais facilmente criar sinergias interinstitucionais	+	/	Divisão administrativa do país dificulta articulação intersectorial
Articulação na saúde	Promover um processo de maior participação e discussão na tomada de decisão política, criando soluções organizacionais adequadas e uma prática cultural sistemática (que em muito passa pela capacidade de liderança)	+++	Informação vai circulando de forma informal por intermédio de uma prática que se foi instalando com o tempo	Ausência de canais de comunicação interinstitucionais Ausência de cultura organizacional que promova uma articulação interinstitucional Ausência de uma liderança capaz de promover a articulação interinstitucional Demasiada centralização nos processos de tomada de decisão e organização demasiado piramidal
Participação dos cidadãos	Desenvolver mecanismos de participação nos processos de tomada de decisão, assegurando a auscultação e o envolvimento dos cidadãos no domínio da saúde	++	Participação das associações cívicas nos processos de tomada de decisão	Ausência de mecanismos que promovam uma efetiva participação dos cidadãos

	Apostar na literacia em saúde, promovendo a participação e educação dos utentes na área da saúde e capacitando-os para participar nos processo de decisão	++	/	<p>Reduzida participação por motivos de cultura e literacia</p> <p>Sensação por parte dos cidadãos de que os direitos não são iguais para todos</p>
--	---	----	---	---

4. Uma perspectiva *escalar*: onde atuar?

A resposta a esta questão foi sempre de natureza genérica, na medida em que os entrevistados não efetuaram qualquer ligação entre as linhas de orientação delineadas e a respetiva escala de atuação. De uma forma geral, as perspetivas das ‘missões’ de cada uma das escalas de atuação são as seguintes:

- A escala nacional é crucial para a definição da estratégia e da legislação a adotar no sentido de se promover uma maior articulação interinstitucional e intersectorial, cujas instituições *“devem dar o exemplo”* (nas palavras de um dos entrevistados);
- A escala regional representa o nível ideal para promover a articulação interinstitucional e intersectorial, na medida em que, não só a forma de tomar decisões varia com os contextos territoriais, como também, do ponto de vista institucional, é a esta escala que se procuram sistematizar as orientações que emanam do nível nacional;
- A escala local é o nível que apresenta maior experiência ao nível da articulação institucional e intersectorial e, também por isso, o palco por excelência para a promoção de uma maior cooperação com o poder local e as comunidades, designadamente no que respeita a questões relacionadas com a promoção da saúde.

5. Uma perspectiva institucional: quem envolver?

Também aqui a resposta dada pelos entrevistados foi de natureza genérica. Apesar de tudo é possível apresentar um esquema capaz de sintetizar as principais observações efetuadas pelos entrevistados no que respeita ao papel das instituições na procura de uma maior articulação interinstitucional. Refira-se que a atenção centrou-se na perspetiva intersectorial, embora por diversas vezes tenha sido mencionado que as mesmas observações poderiam ser igualmente direcionadas especificamente para o sector da saúde.

A observação da tabela permite efetuar uma clara ligação entre o ponto anterior (escala de atuação) e o nível institucional, com elevado consenso no papel do Governo e da DGS, da ARS e das autarquias. Sublinhe-se, também, a referência efetuada às CCDR e ao importante papel que podem desempenhar no diálogo interinstitucional, designadamente entre a saúde e o ordenamento do território, ainda que as estruturas organizacionais existentes e as competências que lhe são atribuídas ainda não permitem que possam assumir tal relevância.

Quadro 36: A perspectiva institucional por escala de atuação

<i>Instituições</i>	<i>Missão</i>	<i>Aspetos críticos</i>	<i>Nível de consenso</i>
Governo e DGS	Desenho de uma estratégia nacional Definição de legislação a adotar	Devem ser uma porta de comunicação política para as outras escalas, caso contrário a comunicação técnica (e.g. instrumentos) também não é exequível	+++
ARS	Adequação das estratégias nacionais ao contexto regional	Deveria ter mais poder e financiamento	+++
CCDR	Promoção do diálogo intersectorial	A organização existente e as suas atribuições ainda não lhe permitem adotar este papel de coordenação intersectorial	++
Autarquias	Divulgação de informação aos outros agentes Auscultação das comunidades locais Criação de sinergias com prestadores de cuidados para a promoção da saúde	/	+++
ACES	Criação de sinergias com autarquias para a promoção da saúde	/	+
Universidades	Promoção de debates com o intuito de aumentar a literacia em saúde e informar como a saúde se articula com outras dimensões, designadamente o território	/	+

6. Uma perspectiva instrumental: com que mecanismos intervir?

Neste ponto, as respostas centraram-se em duas questões em concreto:

- Do lado da saúde, há que destacar a (potencial) importância do PNS, na medida em que permite, não só delinear uma estratégia conjunta com diversos agentes e outros sectores, como também lançar orientações precisas para as outras escalas. No entanto, foram vários os decisores e ex-decisores que advertiram que este é um instrumento que ‘ficou parado’ e, especialmente por isso, sujeito a várias críticas. Foram ainda mencionados, ainda que por uma minoria, os Planos Regionais de Saúde enquanto “*instrumentos adequados para a definição de estratégias de baixo para cima*” (nas palavras de um dos entrevistados);

- Do lado do ordenamento do território, importa realçar a menção que foi feita aos planos de ordenamento, ainda que numa ótica negativa, o que de acordo com os entrevistados resulta provavelmente de um desconhecimento e incompreensão dos mesmos.

Por outro lado, foi também mencionado, ainda que por uma minoria, o papel que as GOP ou o próprio Programa do Governo poderiam desempenhar na procura de uma maior articulação interinstitucional e intersectorial. De acordo com esses entrevistados, a ideia da *saúde em todas as políticas*, por exemplo, deveria estar bem enquadrada nesses instrumentos.

Refira-se, por fim, o facto de ter sido referido por diversos entrevistados o facto de o principal instrumento de articulação interinstitucional existente ser o diálogo informal que vai imperando e, de certa forma, funcionando, ainda que pontualmente, embora dependendo muito da liderança (como aqui foi já referido). Aliás, por inúmeras vezes foi referido que mesmo que os instrumentos acima mencionados consigam desempenhar o seu papel na sua plenitude, a liderança e a cultura organizacional são aspetos fundamentais para que a cooperação interinstitucional e intersectorial ocorra de forma sistemática.

O próximo quadro procura sintetizar de forma esquemática a articulação existente entre este ponto e os dois previamente analisados, ou seja, a escala de atuação, as principais instituições a envolver e os instrumentos primários de intervenção a utilizar. Trata-se, como já referido, de um exercício interpretativo dos comentários efetuados pelos entrevistados, não decorrente de uma articulação efetuada de forma explícita durante as entrevistas.

Quadro 37: Relação escala de atuação / principais instituições a envolver / instrumentos primários de intervenção a utilizar

Escala	Instituições	Objetivos	Nível de consenso	Aspetos críticos	Nível de consenso	Instrumentos de política	Objetivos	Nível de consenso	Aspetos críticos	Nível de consenso
Nacional	Governo e órgãos da Administração Central	Desenho de uma estratégia nacional	+++	Devem ser uma porta de comunicação política para as outras escalas, caso contrário a comunicação técnica (e.g. instrumentos) também não é exequível	+++	Programa de Governo GOP	Definição de linhas estratégicas de natureza intersectorial, podendo potenciar a ideia de <i>saúde em todas as políticas</i>	++	/	/
		Definição de legislação a adotar				Plano Nacional de Saúde	Definição de linhas programáticas e de orientação	++	Plano inacabado	+
Regional	ARS	Adequação das estratégias nacionais ao contexto regional	+++	Carência de poderes e financiamento	++	Plano Regional de Saúde	Definição de estratégias territorialmente contextualizadas	+	Pouca utilização (não se conhecem os planos)	+
		Promoção de sinergias intersectoriais								
Sub-regional / local	Autarquias	Promoção de sinergias intersectoriais do ponto de vista das orientações estratégicas	++	A organização existente e as suas atribuições ainda não lhe permitem adotar este papel de coordenação intersectorial	++	Instrumentos de Ordenamento do Território	Distribuição territorial dos diferentes serviços	+	Processo de elaboração demasiado moroso e geradores de demasiadas expetativas de construção	+
		Divulgação de informação aos outros agentes								
		Auscultação das	+++	/	/					

[illegible]

7. Das políticas à sua operacionalização: o que fazer na prática?

As ações práticas a desenvolver para cumprir os objetivos de política formulados foram em menor número do que o esperado face ao tema em causa (governança), à importância atribuída pelos entrevistados e, ainda, ao consenso verificado em torno de algumas orientações, mormente a necessidade de *promover a coordenação conjunta de políticas de forma articulada e visível para a população nas diferentes escalas de atuação*, a importância de *apostar na ideia de saúde em todas as políticas* e a relevância de *promover um processo de maior participação e discussão na tomada de decisão política no domínio da saúde*.

No que respeita à primeira linha de orientação acima referida, importa aqui sublinhar o facto de alguns dos entrevistados terem referido a necessidade de haver uma formação complementar por parte dos profissionais de saúde em áreas de saúde pública, gestão e ordenamento do território como forma de aumentar a sensibilidade destes para outros domínios de intervenção e, consequentemente, contribuir para uma cultura mais forte de articulação intersectorial.

Por outro lado, não obstante a ideia *de saúde em todas as políticas* ter sido amplamente defendida por diversos entrevistados, curiosamente as ações práticas sobre como incorporar a saúde e o bem-estar enquanto componentes centrais no desenvolvimento de outros domínios sectoriais não foram discutidas.

Por fim, no que respeita às restantes linhas de orientação, poucas foram as ações práticas avançadas pelos entrevistados e com reduzido nível de consenso.

O próximo quadro procura sistematizar as ações que, na opinião dos auscultados, se devem colocar em prática para cumprir os objetivos de política definidos.

Quadro 38: Operacionalização das linhas de orientação prioritária

Domínio de orientação política	Linhas de orientação	Nível de consenso	Operacionalização	Nível de consenso
Articulação intersectorial	Promover a coordenação conjunta de políticas de forma articulada e visível para a população nas diferentes escalas de atuação, criando soluções organizacionais adequadas e uma prática cultural sistemática (que em muito passa pela capacidade de liderança)	++++	Formação complementar de profissionais de saúde em áreas de saúde pública, gestão e ordenamento do território Criação de formas de comunicação formais e informais para a definição de estratégias conjuntas Criação de um gabinete de Planeamento e Saúde Avaliação do impacto na saúde em todos os projetos de equipamentos públicos	++ + + +
	Apostar na ideia de <i>saúde em todas as políticas</i> , incorporando a saúde e o bem-estar como componentes centrais no desenvolvimento de outros domínios sectoriais	+++	/	/
	Desenvolver mecanismos de coordenação conjunta da organização territorial dos principais equipamentos públicos, desenhando projetos com uma visão global e uma estratégia sectorialmente abrangente	+	Promoção de estudos no âmbito do ordenamento do território com equipas multidisciplinares e que incluam a auscultação de agentes de várias ordens Nomeação de um <i>maestro/provedor</i> capaz de analisar todas as situações em conjunto (e.g. encerramento de serviços) de um ponto de vista multisectorial e territorial	+ +
	Desenvolver iniciativas tipo <i>idades saudáveis</i> , permitindo articular a saúde com as dimensões ambiental, cultural, do espaço físico, entre outras.	+	/	/
	Definir a divisão administrativa de forma coerente e coincidente entre as diversas instâncias, permitindo mais facilmente criar sinergias interinstitucionais	+	/	/
Articulação na saúde	Promover um processo de maior participação e discussão na tomada de decisão política, criando soluções organizacionais adequadas e uma prática cultural sistemática (que em muito passa pela capacidade de liderança)	+++	Desenvolvimento de mecanismos de consulta e auscultação sobre programas e leis Mobilização, sensibilização e fomento do diálogo com diversos agentes	+ +
Participação dos	Desenvolver mecanismos de participação nos processos de tomada de decisão, assegurando a auscultação e o	++	Criação de mecanismos de discussão pública via internet	+

cidadãos	envolvimento dos cidadãos no domínio da saúde			
	Apostar na literacia em saúde, promovendo a participação e educação dos utentes na área da saúde e capacitando-os para participar nos processo de decisão	++	<p>Criação de mecanismos de informação e capacitação dos cidadãos, quer em programas de ensino obrigatório (durante o seu percurso escolar), quer através de informação válida, fidedigna e viável para que o cidadão fique informado e, não só participe nos processos de tomada de decisão, mas também fique o seu próprio gestor da saúde</p> <p>Formar e sensibilizar os cidadãos para o uso das TIC</p>	<p>+</p> <p>+</p>

8. Aferição da natureza das respostas face ao objetivo delineado

Neste último ponto de análise das entrevistas no que respeita ao objetivo de *perceber de que forma se efetua o processo de formulação das políticas da saúde e a sua articulação com outros agentes e políticas, designadamente as de base territorial*, procurou definir-se uma tipologia das respostas apresentadas pelos entrevistados passível de ajudar a perceber qual a importância que é dada a esta questão e se essa importância se traduz em ações práticas (ainda que do ponto de vista discursivo). A tipologia adotada foi a seguinte:

- A. As respostas do entrevistado sugerem que atribui uma reduzida importância às vantagens de articular diferentes estruturas institucionais e políticas que configuram o sector da saúde com outras estruturas e políticas sectoriais, designadamente as relacionadas com o ordenamento do território;
- B. As respostas do entrevistado sugerem que compreende e precisa a problemática em termos teóricos, isto é, valoriza estas questões e consegue fundamentar as suas ideias do ponto de vista concetual (mas não ao nível da formulação de políticas);
- C. As respostas do entrevistado sugerem que compreende e precisa a problemática em termos teóricos, avançando inclusive com orientações de política;
- D. As respostas do entrevistado sugerem que consegue operacionalizar a teoria e traduzi-la em questões práticas (e.g. é capaz de elaborar um plano de ação);
- E. As respostas do entrevistado sugerem que consegue operacionalizar a teoria, explicitando os meios, os critérios e a informação que é necessário recolher para colocar em prática o que propõe.

A interpretação da natureza das respostas face ao objetivo delineado sugere que:

- A maioria dos decisores e ex-decisores de políticas de saúde concetualiza a problemática em causa e formula orientações de política no sentido de articular agentes e políticas de âmbito intersectorial (tipologia C);
- Aproximadamente ¼ dos entrevistados traduz essa concetualização em ações práticas (tipologia D), embora nenhum dos decisores e ex-decisores de políticas de saúde explicitasse claramente os meios, os critérios e a informação que é necessário recolher para colocar em prática cada uma das linhas de orientação definidas (tipologia E);
- Apenas três entrevistados é que, embora concetualizem a problemática em causa, discutindo importância da visão interinstitucional e intersectorial, não avançaram com objetivos de política neste domínio (tipologia B).

As observações efetuadas na análise dos objetivos anteriores (pontos 3.2.3 e 3.2.4) podem claramente ser transportadas para aqui: uma temática de importância elevada atribuída pelos entrevistados, com argumentos e orientações de política delineadas que mostram que esta é uma questão para a qual os decisores e ex-decisores estão sensibilizados, mas que o nível de fragmentação das respostas e a sua

análise no que respeita particularmente à relação linhas de orientação/escalas de intervenção/instrumentos de política a utilizar sugerem uma menor apropriação do conhecimento neste domínio face ao verificado, por exemplo, no ponto 3.2.2.

Do mesmo modo, procurou relacionar-se a natureza das respostas com a atividade profissional dos entrevistados e as suas com as habilitações académicas. Em relação ao primeiro caso, a análise parece indiciar que é ao nível governamental e da Administração Regional que se verifica uma maior homogeneidade de posturas face a esta temática, observando-se uma elevada sensibilidade para concetualizar a problemática em causa (tipologia C). Já no que respeita às habilitações académicas, foi possível distinguir-se uma postura mais consensual por parte dos que detêm uma formação em Medicina face aos restantes, evidenciando uma maior facilidade em concetualizar a problemática em causa e definir linhas de orientação (tipologia C).

3.3 Uma visão de conjunto

Nesta secção apresenta-se uma síntese e uma visão conjunta das principais mensagens que decorrem do trabalho empírico efetuado junto de diversos atores-chave no campo da saúde (níveis de decisão nacional e regional).

A análise efetuada até ao momento coloca em discussão, quer as fragilidades e os pontos fortes na área da saúde (em geral) e dos cuidados de saúde (em particular), quer os princípios e as linhas de orientação que norteiam a formulação de políticas da saúde em quatro domínios complementares, apontados por um conjunto de atores que tem e/ou teve responsabilidades do ponto de vista decisório no sector da saúde. A compreensão do quadro global dos quatro domínios, que resultam da abordagem teórica previamente discutida, alicerçado no pensamento e posicionamento destes protagonistas, permite, não só aferir de forma mais informada como se tem pautado a intervenção, mas também traçar um quadro orientador sobre como atuar no sentido de articular a saúde com a dimensão territorial tendo por base o princípio de coesão territorial.

O primeiro ponto consiste em tentar compreender quais as principais preocupações que estão na génese dos processos de tomada de decisão e como são percecionados os princípios de equidade e eficiência no domínio da saúde (em geral) e dos cuidados de saúde (em particular). Quando questionados sobre quais os princípios por excelência que devem nortear a formulação de políticas da saúde, a generalidade dos decisores e ex-decisores refere a eficiência, a equidade e a qualidade do serviço. Nas suas palavras, *eficiência* porque os recursos são finitos, principalmente no contexto atual, pelo que deve haver uma utilização racional dos mesmos, *equidade* na medida em que os cidadãos devem ter o direito à saúde de acordo com as suas necessidades (independentemente da sua capacidade de pagar, da condição de trabalho, do nível social ou do local onde habitam) e *qualidade* dos resultados esperados pois é um reforço importante dos outros dois princípios na procura da lógica da melhoria contínua.

Partindo deste raciocínio de base, e quando confrontados com questões mais concretas do ponto de vista das noções de equidade e eficiência, a argumentação apresentada pelos entrevistados evidencia que as prioridades estão centradas, por um lado, na lógica da proximidade aos serviços de saúde no que respeita aos cuidados de saúde primários e cuidados continuados e, por outro, na ideia da concentração de serviços por motivos de procura de ganhos em economias de escala, de eficiência e de qualidade, em relação essencialmente aos cuidados hospitalares. Pela atual conjuntura de restrição financeira e porque os cuidados hospitalares absorvem uma fração considerável dos recursos despendidos pelo SNS, as principais preocupações avançadas pelos entrevistados centram-se na necessidade de se reorganizar os serviços de saúde prestados, dada a excessiva oferta de cuidados hospitalares, a sua

ineficiente organização interna, a não continuidade das reformas dos cuidados de saúde primários e a parca articulação existente entre os diferentes tipos de cuidados. Verifica-se, portanto, o sublinhar da importância de formular políticas que fomentem uma maior eficiência essencialmente na prestação de cuidados hospitalares, por um lado, e promovam uma maior equidade particularmente na oferta de cuidados de saúde primários e continuados, por outro, sugerindo que a especificidade e a complexidade da oferta é que devem ditar a lógica da distância e do acesso.

O segundo ponto consiste em perceber como são formuladas e implementadas as orientações de política no domínio da saúde (em geral) e dos cuidados de saúde (em particular). Importa, desde logo, realçar o facto de que para os entrevistados as decisões devem ser de natureza política, independentemente do tipo de métodos que se utilizem. Isto é, os resultados obtidos através de um determinado método de apoio à decisão (seja por intermédio de uma Análise Custo-Benefício ou de Análise Multicritério, seja através do desenvolvimento de técnicas de participação dos principais agentes ou dos cidadãos em geral) podem indicar um determinado caminho, mas a decisão final do político pode acabar por ir noutra direção. No entanto, e apesar de quase metade dos entrevistados não utilizar um procedimento em concreto nos processos de tomada de decisão, na generalidade reconhecem que as decisões devem basear-se em informação em concreto (componente técnica) e ter em consideração o diálogo e o envolvimento das partes interessadas. Por outro lado, o facto de não associarem os métodos de suporte à decisão a objetivos de política e escalas de atuação concretas não permite aferir se o peso relativo de cada uma destas componentes varia com as escalas e com a dimensão e complexidade das questões em causa. Este fator sugere algum alheamento por parte dos decisores face às vantagens decorrentes do uso de métodos de suporte à decisão e sobre quando e como se devem utilizar.

Por outro lado, do ponto de vista da ligação das políticas de saúde (*o quê?*) às escalas de atuação (*onde?*), às instituições a envolver (*por quem?*) e aos instrumentos de política a utilizar (*através de quê?*), fatores essenciais para a operacionalização das próprias políticas, as respostas foram também de natureza abrangente e não específicas para as linhas de orientação estratégica avançadas previamente por cada um dos entrevistados, sugerindo algum grau de *distanciamento* relativamente a estas questões que importa refletir. Apesar de tudo, convém salientar as seguintes diretrizes mais consensuais:

- Apesar da escala nacional (por intermédio da esfera governativa e a dos restantes órgãos da administração central) constituir o palco por natureza de formulação de orientações estratégicas, normativas e técnicas para o país como um todo do ponto de vista da saúde, a escala regional (via ARS) é fundamental para assegurar que as populações tenham os cuidados que necessitam e promover equidade no acesso, para repensar a oferta de cuidados de saúde e respetivas áreas de cobertura e para criar sinergias intersectoriais do ponto de vista das orientações estratégicas;

- Embora alvo de diversas críticas, o instrumento estratégico e programático por excelência para a saúde a nível nacional é o Plano Nacional de Saúde;
- Não obstante alguns dos entrevistados destacarem a importância do sistema nacional de saúde incluir com maior ênfase o sector privado na formulação de políticas, é atribuído ao Estado de uma forma geral um papel relevante neste domínio, quer enquanto contratador e fiscalizador (que se espera que seja cada vez mais), quer enquanto prestador de cuidados (embora se espere um menor relevo), mas agora em ambos os casos enquadrados cada vez mais por lógicas associadas à nova gestão pública, com modelos de contratualização compostos por indicadores de avaliação de desempenho.

Quando se particulariza a operacionalização das referidas linhas de orientação, continua a verificar-se alguma dificuldade em traduzir em ações práticas os objetivos de política previamente traçados. De facto, somente cerca de ¼ dos entrevistados fez uma ligação nítida entre as orientações estratégicas (*o quê?*) e a sua operacionalização (*como?*), embora convenha referir que nenhum dos decisores e ex-decisores de políticas de saúde explicitasse claramente os meios, os critérios e a informação que é necessário recolher para colocar em prática as respetivas intervenções.

O terceiro ponto de análise introduz com maior profundidade a dimensão territorial na discussão, ou seja, procura aferir se e como o território é considerado nas políticas de saúde e se, consequentemente, transporta uma racionalidade supletiva para os processos de tomada de decisão. Sobre esta questão, importa começar por referir que por diversas situações houve necessidade de direcionar o contexto da entrevista para os objetivos delineados, na medida em que a tendência natural das respostas incidia na área dos medicamentos, em questões clínicas concretas ou ainda na gestão financeira dos prestadores de cuidados de saúde, ficando a dimensão territorial ausente da discussão. Esta postura parece indiciar que, de uma forma geral, os decisores de políticas de saúde não articulam de forma natural e espontânea a área da saúde com a dimensão territorial ao nível do pensamento estratégico.

Por outro lado, um traço que marca o discurso da generalidade dos entrevistados é o facto de a dimensão territorial na saúde ser entendida enquanto acesso geográfico aos cuidados e, consequentemente, parte integrante do princípio de equidade. Deste modo, levando em consideração o diagnóstico traçado pelos entrevistados sobre o SNS e a consequente necessidade dos prestadores se reorganizarem, associado ao argumento de que a distância e o acesso aos cuidados de saúde dependem da especificidade e da complexidade da oferta, as principais orientações de política apontadas incidiram na melhoria da prestação de cuidados de proximidade, na reorganização dos cuidados hospitalares (e consequente diminuição dos seus custos) e na procura de uma maior articulação entre os diferentes tipos de prestação de cuidados. Critérios do lado da oferta (e.g. tirar partido de economias de escala e

considerar a importância da casuística) e da procura (e.g. atender aos custos de deslocação e de oportunidade) estão patentes enquanto fatores a considerar na tomada de decisão, mas estando sempre presente na argumentação a necessidade de se efetuar uma discriminação positiva das áreas mais remotas e de determinados grupos sociais (designadamente os mais idosos) para promover uma maior equidade de acesso aos cuidados de saúde e justificar, ou a presença de determinados serviços de saúde em determinados locais com menor densidade demográfica, ou preferencialmente a procura de soluções alternativas de acesso. A questão que fica sem uma resposta precisa é como determinar quando e em que circunstâncias atuar numa ótica de discriminação positiva. De facto, quando confrontados com este quesito, a explicação incidu, de uma forma geral, na necessidade de se juntar o bom senso político a critérios técnicos geográficos e sociais, como distâncias ou tempos de deslocação, dispersão populacional e nível de rendimento, sem contudo se avançar com explicações ou critérios mais detalhados.

O facto de a maioria dos entrevistados compreender e precisar a problemática em estudo em termos teóricos, articulando as ideias de equidade e eficiência com as questões territoriais ao nível da formulação de políticas, ainda que praticamente só quando confrontados e impelidos a refletir especificamente sobre a relação saúde/território, indicia que, de uma forma global, decisores e ex-decisores de políticas de saúde são sensíveis à articulação destes domínios de saber. No entanto, a fragmentação verificada na relação linhas de orientação/escalas de intervenção/instituições/instrumentos de política a utilizar indicia, quer uma maior dificuldade em traduzir em ações práticas objetivos de política que congreguem tais domínios de saber, quer um menor envolvimento destes agentes nas estratégias discutidas ao nível da implementação. Porventura por isso, quando questionados sobre operacionalizar os objetivos de política delineados a resposta mais consensual incidu sobre a capacidade de liderança, fator fundamental para a obtenção de bons resultados. Esta reação imediata por parte de diversos decisores e ex-decisores de políticas de saúde sugere que, independentemente da maior ou menor aptidão de articular a saúde com a dimensão territorial ao nível da formulação de políticas, a capacidade de as traduzir em ações práticas depende de quem lidera os processos e da sua capacidade de mobilizar os atores no *terreno*.

Para uma melhor perceção da importância da dimensão territorial para a formulação de políticas de saúde, e seguindo o trabalho realizado previamente do ponto de vista teórico, foram discutidos outros dois domínios de análise que, no seu conjunto, permitem, não só considerar impactos sociais que vão para além dos cuidados de saúde *stricto sensu*, mas também olhar para o território enquanto oportunidade e fator alavancador de desenvolvimento. Inclui-se nesta visão mais ampla, por um lado, a consciencialização do impacto social, económico e político que os serviços de saúde provocam ao nível local e da importância dos comportamentos e estilos de vida numa ótica da promoção da saúde e

prevenção da doença (o que incute uma potencial articulação entre a saúde e outras áreas de intervenção) e, por outro, a perceção da importância da saúde enquanto atividade exportadora para o desenvolvimento da economia e dos territórios. Contudo, embora seja opinião generalizada que estes domínios de atuação devem ser levados em consideração na formulação de políticas de saúde e complementar a visão típica centrada nos cuidados de saúde *per se*, aqui os entrevistados adotaram um discurso mais cauteloso e ambíguo, apresentando respostas com um nível de profundidade inferior, o que de certa forma sugere que são áreas para as quais os entrevistados apresentam um menor envolvimento e sensibilidade.

De acordo com os entrevistados, a consideração destes domínios complementares pode acrescentar valor aos processos de tomada de decisão em saúde se os seguintes objetivos de política forem levados em consideração:

- Promover a saúde das comunidades, incrementando a literacia em saúde e melhorando os comportamentos e estilos de vida, o que implica considerar a saúde de uma forma mais abrangente e articulada com outras áreas de intervenção;
- Diligenciar uma melhor organização dos serviços de saúde, articulando a oferta de cuidados dos aglomerados com maior população com as necessidades das populações dos locais com menor densidade ou procurando soluções alternativas de acesso, o que traduz uma compreensão acrescida dos impactos das decisões políticas e que estas podem variar de acordo com os contextos territoriais;
- Desenhar uma estratégia para a aplicação da Diretiva dos Cuidados de Saúde Transfronteiriços, desenvolvendo estudos sobre a potencial procura e a oferta existente, abrindo espaços de discussão, criando nichos de mercado (competir pela diferenciação) e definindo novas formas organizacionais por parte dos cuidados hospitalares para responderem ao desafio, o que constitui uma oportunidade para tirar partido da qualidade dos profissionais de saúde, das capacidades técnicas instaladas, da posição geográfica do país e das amenidades existentes e, consequentemente, servir como fator potenciador de uma melhoria da qualidade dos serviços prestados;
- Delinear uma estratégia para o turismo de saúde (médico), tirando inclusive partido da Diretiva, desenvolvendo estudos sobre a potencial procura e a oferta existente, abrindo espaços de discussão, criando *nichos* de mercado (competir pela diferenciação), definindo novas formas organizacionais por parte dos cuidados hospitalares e valorizando infraestruturas existentes, promovendo a articulação entre as instituições de saúde e as do sector do turismo, o que implica apostar na saúde também numa ótica biunívoca de prestação de cuidados/desenvolvimento da economia.

Por seu turno, quando se particulariza a tradução destas orientações estratégicas em ações práticas ou se procura aprofundar a relação linhas de orientação/escalas de intervenção/instituições/instrumentos de política a utilizar, continua a verificar-se o mesmo teor de fragmentação das respostas e alguma dificuldade em passar da concetualização para a operacionalização, reforçando os sinais que parecem denunciar uma menor apropriação do conhecimento nestes domínios.

Se é certo que a compreensão da importância destes dois domínios analíticos adicionais reforça a necessidade de articular políticas tipicamente sectoriais (saúde com ordenamento do território e turismo, por exemplo), não é menos verdade que tal implica perceber com maior profundidade como as relações institucionais se processam, isto é, quais os mecanismos de governança. A este nível importa refletir particularmente sobre como os decisores e ex-decisores de políticas da saúde consideram a articulação desta área com as políticas de base territorial. Um traço que marca transversalmente o início das entrevistas é o pouco entendimento sobre a (potencial) relação entre as políticas de saúde e as do ordenamento do território. De facto, é curiosa a reação de diversos entrevistados, quer no momento da marcação dos encontros, quer durante a fase inicial dos mesmos, em que se discute o propósito da investigação científica em curso, mencionando que pouco poderiam dizer e acrescentar sobre esta questão e que a relação entre as duas áreas é praticamente inexistente.

Quando instigados a refletirem e comentarem sobre as relações interinstitucionais existentes no âmbito da saúde, os entrevistados unanimemente sublinharam a importância de formular e implementar políticas públicas assentes num contexto de diálogo e cooperação entre as diversas áreas sectoriais de intervenção pública, independentemente da escala de atuação (nacional, regional ou local). Contudo, a importância da articulação com o campo do ordenamento do território estava, não raras vezes, ausente das suas observações, preferindo incidir mais com áreas como a Educação, a Economia ou o Ambiente. É verdade que independentemente da área de articulação, de acordo com o seu conhecimento e experiência, a realidade mostra-se bastante distante deste desiderato (importância da articulação interinstitucional). Mas esta questão é ainda mais premente no que respeita à relação com a área do ordenamento do território. De facto, as interações institucionais têm sido inexistentes ou simplesmente baseadas em cooperações pontuais, particularmente por motivos associados com os quadros de programação financeira, em muito por falta de uma cultura organizacional, por um lado, por uma incompreensão mútua de como encetar processos mais colaborativos, por outro, ou pela forma como o ordenamento do território é considerado (negativamente) pelos atores do lado da saúde, por fim. E esta questão é válida, tanto para a esfera governativa, como para as administrações central (e.g. DGS e DGOTDU) e regional (e.g. ARS e CCDR) e, ainda, para as instituições locais (Prestadores de cuidados e autarquias). Esta visão justifica, de certa forma, a dificuldade sentida inicialmente pelos

entrevistados quando confrontados com os objetivos da investigação em curso e revela o longo caminho que ainda importa percorrer para alterar a *praxis* dominante a este nível.

Face a este panorama, não é de estranhar que os objetivos de política passem essencialmente por criar soluções organizacionais adequadas e uma prática cultural sistemática (que em muito passa pela capacidade de liderança) para promover a coordenação conjunta de políticas de forma articulada e visível para a população nas diferentes escalas de atuação. A aposta na ideia de *saúde em todas as políticas* surge aqui como uma forma de conseguir induzir uma maior articulação interinstitucional, incorporando a saúde e o bem-estar como componentes centrais no desenvolvimento de outros domínios sectoriais.

À semelhança do já verificado noutros domínios de atuação, também aqui se observou alguma dificuldade por parte dos decisores e ex-decisores em traduzir estas linhas de orientação em ações práticas e em relacioná-las com as escalas de intervenção, as instituições e os instrumentos de política a utilizar. Apesar de tudo, importa reter as seguintes mensagens:

- A escala nacional, designadamente por intermédio do governo e da DGS, é decisiva para a definição da estratégia e da legislação a adotar no sentido de se promover uma maior articulação interinstitucional e intersectorial. Destaque-se aqui a (potencial) importância do PNS, na medida em que permite, não só delinear uma estratégia conjunta com diversos agentes e outros sectores, como também lançar orientações precisas para as outras escalas;
- A escala regional, essencialmente via ARS e CCDR, representa o nível ideal para promover a articulação interinstitucional e intersectorial, na medida em que, não só a forma de tomar decisões varia com os contextos territoriais, como também, do ponto de vista institucional, é a esta escala que se procuram sistematizar as orientações que emanam do nível nacional. Os PRS e os PROT assumem aqui alguma preponderância, mas não pelas melhores razões: apesar das suas potencialidades, os primeiros são pouco utilizados e conhecidos (logo com um impacto reduzido) e os segundos são considerados enquanto pouco efetivos (com um processo de elaboração demasiado moroso), nefastos (gerando, por vezes, demasiadas expectativas de construção) e confusos (o que de acordo com os entrevistados resulta provavelmente de um desconhecimento e incompreensão dos mesmos);
- A escala local é a que apresenta maior experiência ao nível da articulação institucional e intersectorial e, também por isso, o palco por excelência para a promoção de uma maior cooperação com o poder local e as comunidades, designadamente no que respeita a questões relacionadas com a promoção da saúde. As autarquias, através das suas ações de divulgação de informação aos outros agentes, de auscultação das comunidades locais e da criação de sinergias com prestadores de cuidados para a promoção da saúde, desempenham um papel valioso neste

domínio e poderão, por isso mesmo, constituir veículos de promoção de uma maior articulação interinstitucional e intersectorial;

Importa efetuar uma última observação neste campo de análise: foi sublinhado por certos entrevistados a necessidade de haver uma formação complementar por parte dos profissionais de saúde em áreas de saúde pública, gestão e ordenamento do território como forma de aumentar a sensibilidade destes para outros domínios de intervenção e, conseqüentemente, contribuir para uma cultura mais forte de articulação intersectorial. Partindo deste comentário do ponto de vista de orientação política, coloca-se uma questão adicional do ponto de vista analítico: será que a perspetiva dos decisores e ex-decisores de políticas de saúde relaciona-se, de certa forma, com os seus percursos académicos? A próxima tabela procura sistematizar a articulação verificada entre a formação dos entrevistados e as suas observações face a cinco pontos em concreto, ou seja, se há uma tendência (homogeneidade) de postura em cada domínio analítico de acordo com uma tipologia previamente estabelecida.

Quadro 39: Relação entre a formação dos entrevistados e a tipologia estabelecida

Domínio analítico	Tipologia	Formação				
		Medicina	Saúde Pública	Direito	Gestão/Economia	Outra
Princípios fundamentais e dimensão territorial na definição de políticas da saúde	Dimensão territorial enquanto parte integrante dos princípios	(não foi possível verificar-se uma correlação entre as perspetivas dos entrevistados e a sua formação)				
<i>Trade-off</i> equidade/ eficiência e dimensão territorial na saúde	Concetualização da problemática em causa e sua tradução (parcial) em ações práticas				x	
Métodos de apoio à decisão	Indicação e justificação de um método em concreto				x	
Fatores externos aos cuidados de saúde	Concetualização da problemática em causa e sua tradução (parcial) em ações práticas	(não foi possível verificar-se uma correlação entre as perspetivas dos entrevistados e a sua formação)				
Saúde enquanto atividade exportadora	Concetualização da problemática em causa e sua tradução (parcial) em ações práticas	x	x		x	
Articulação políticas de saúde/ políticas de base territorial	Concetualização da problemática em causa e sua tradução (parcial) em ações práticas	x				

Os resultados não são completamente esclarecedores. No entanto, a análise parece indiciar que decisores com formação inicial ou complementar na área da gestão/economia apresentam uma sensibilidade adicional em alguns domínios de intervenção.

Por outro lado, será que a perspetiva dos decisores e ex-decisores de políticas de saúde não poderá também diferenciar-se de acordo com a sua atividade profissional, ou seja, se ocupam um cargo no governo, na administração central ou na administração regional? A tabela seguinte procura sistematizar a reflexão efetuada sobre a relação da natureza das respostas com a atividade profissional dos entrevistados.

Quadro 40: Relação entre a atividade profissional dos entrevistados e a tipologia estabelecida

Domínio analítico	Tipologia	Atividade profissional		
		Governo	Adm. Central	Adm. Regional
Princípios fundamentais e dimensão territorial na definição de políticas da saúde	Dimensão territorial enquanto parte integrante dos princípios	(não foi possível verificar-se uma correlação entre as perspetivas dos entrevistados e a sua atividade profissional)		
<i>Trade-off</i> equidade/ eficiência e dimensão territorial na saúde	Concetualização da problemática em causa e sua tradução (parcial) em ações práticas			x
Métodos de apoio à decisão	Indicação e justificação de um método em concreto	x		
Fatores externos aos cuidados de saúde	Concetualização da problemática em causa e sua tradução (parcial) em ações práticas	(não foi possível verificar-se uma correlação entre as perspetivas dos entrevistados e a sua atividade profissional)		
Saúde enquanto atividade exportadora	Concetualização da problemática em causa e sua tradução (parcial) em ações práticas		x	x
Articulação políticas de saúde/ políticas de base territorial	Concetualização da problemática em causa e sua tradução (parcial) em ações práticas	x		x

Embora os resultados não sejam, uma vez mais, completamente esclarecedores, parecem sugerir que as pessoas que exercem a sua atividade profissional à escala regional apresentam uma maior sensibilidade às questões do domínio territorial e conseguem não só conceptualizá-las mas também operacionalizá-las, pelo que devem ser criados espaços de articulação entre os decisores da esfera governativa e da administração central e os atores da escala regional para que a dimensão territorial seja mais

contemplada e refletida nos processos de tomada de decisão no domínio da saúde (em geral) e dos cuidados de saúde (em particular).

Importa, ainda, referir que no final de cada encontro debateu-se a importância de se adotar esta visão conjunta de todos os domínios analíticos aqui abordados de forma a integrar a dimensão territorial na formulação de políticas de saúde, tendo por base o princípio de coesão territorial. Embora tenha sido opinião generalizada que esta articulação auxiliaria a tomarem-se decisões mais ponderadas, justas e eficientes (não só na perspetiva da saúde, mas numa ótica mais global), ficou também espelhado que esta visão conjunta não existe e que a reduzida predisposição dos agentes para pensar desta forma pode induzir uma menor sensibilidade para alterações da *praxis* quanto a uma maior integração entre a área da saúde e a do ordenamento do território.

Depois da discussão sobre quais os processos e os critérios que estão na base das decisões tomadas no âmbito das políticas de saúde, bem como sobre de que forma os decisores e ex-decisores auscultados percecionam a dimensão territorial na formulação de políticas, é agora chegado o momento de efetuar um apontamento sistematizador final, baseado nos posicionamentos e opiniões destes protagonistas, de forma a compreender a relação saúde/território tendo por base o princípio de coesão territorial. O apontamento que se segue é necessariamente simples, e pode ser enunciado de forma sequencial.

A tensão eficiência/equidade na formulação de políticas da saúde (em geral) e dos cuidados de saúde (em particular) verifica-se essencialmente a dois níveis: no acesso aos cuidados de saúde primários e na articulação entre os diferentes tipos de cuidados;

De forma a manter a qualidade dos cuidados prestados importa ter presente a noção de limiares mínimos ao nível quer da oferta (e.g. profissionais de saúde) quer da procura (e.g. casuística), pelo que determinadas iniquidades sentidas do ponto de vista da distância física aos prestadores devem ser suprimidas com recurso a outros meios (e.g. transportes, TIC);

A determinação das circunstâncias em que atuar e dos critérios a adotar deve ter presente uma ótica de discriminação positiva, resultando a decisão da conjugação do bom senso político com critérios técnicos geográficos e sociais, como distâncias ou tempos de deslocação, dispersão populacional e nível de rendimento;

A estes fatores que influenciam a procura e a oferta de serviços de saúde importa acrescentar outros de natureza mais ampla, devendo haver uma consciencialização prévia sobre o impacto social, económico e político que os serviços de saúde provocam ao nível local, bem como a sua potencial articulação com outros serviços, reforçando por isso a ideia de que a decisão varia de acordo com o contexto territorial;

No âmbito desta visão mais abrangente da relação cuidados de saúde/território, os processos de tomada de decisão devem articular as questões mais direcionadas para os serviços de saúde com outros fatores com impacto nos determinantes de saúde, como sejam os comportamentos e estilos de vida, numa ótica da promoção da saúde e prevenção da doença, o que por sua vez incute uma potencial articulação entre a

saúde e outras áreas de intervenção;

Inclui-se também nesta visão mais ampla a perceção do território enquanto recurso fundamental para aumentar o leque de oportunidades locais e regionais;

A consideração da saúde enquanto atividade exportadora para o desenvolvimento da economia e dos territórios insere-se nesta perspetiva, constituindo a Diretiva dos Cuidados de Saúde Transfronteiriços e o turismo de saúde (médico) fatores, não só potenciadores de uma melhoria da qualidade dos serviços prestados, mas também capazes de gerar um efeito multiplicador e de diferenciação da economia local e regional;

Estar ciente dos constrangimentos que determinados territórios apresentam, direta e indiretamente relacionados com a saúde (e.g. educação, a cultura, transportes, perfil demográfico e económico), e das oportunidades existentes (e.g. turismo de saúde/médico) pressupõe que as intervenções sejam perspetivadas, quer numa ótica integrada de articulação de sectores e serviços, quer a uma escala supra local, por forma a obter uma visão de conjunto e a criar ou potenciar sinergias entre diferentes locais;

O desenvolvimento de formas de cooperação entre os agentes de saúde e os agentes que lidam com outras áreas de intervenção, designadamente o ordenamento do território, baseadas numa visão partilhada sobre um mesmo território, constitui um veículo fundamental para se alcançar esta visão mais abrangente e, consequentemente, introduzir um outro tipo de racionalidade (supletiva) nos processos de tomada de decisão.

Capítulo 4

INSTRUMENTOS DA POLÍTICA DE SAÚDE: DAS PRIORIDADES DOS DECISORES POLÍTICOS ÀS PRIORIDADES PROGRAMÁTICAS

4.1. Introdução

Como se encontra a dimensão territorial refletida nos instrumentos programáticos das políticas de saúde? De que forma o conteúdo desses instrumentos reflete os princípios e critérios definidos pelos decisores políticos?

Na tentativa de encontrar resposta às duas questões colocadas, a análise documental de instrumentos programáticos das políticas de saúde de âmbito nacional e regional incidiu sobre as principais referências realçadas pelos decisores políticos entrevistados previamente, a saber:

- Programa do XIX Governo Constitucional e as Grandes Opções do Plano 2012-2015, como sendo os principais instrumentos de natureza estratégica governativa;
- Memorando de Entendimento sobre as Condicionalidades de Política económica, enquanto instrumento condicionador da linha estratégica da saúde em Portugal;
- Plano Nacional de Saúde 2012-2016, enquanto instrumento estratégico e programático por excelência para a saúde a nível nacional;
- Redes de Referência Hospitalar, enquanto instrumento para o planeamento e organização da resposta por parte dos prestadores de cuidados de saúde;
- Carta Hospitalar (proposta da ERS), enquanto instrumento útil para conhecer a realidade nacional no que respeita à organização e valências dos prestadores de cuidados de saúde;
- Plano Regional de Saúde, enquanto instrumento estratégico para as intervenções políticas e técnicas a nível regional;

Os comentários que se seguem são forçosamente sintéticos e centram-se em três tópicos em concreto:

- O propósito e as principais mensagens de cada instrumento;
- A dimensão territorial em cada instrumento;

- As prioridades programáticas dos instrumentos à luz das principais orientações políticas proferidas pelos decisores entrevistados.

Refira-se que, dada a diferente natureza dos instrumentos e a dimensão dos documentos analisados, é natural que a profundidade da discussão aqui efetuada para cada instrumento se apresente também diferenciada.

No final do capítulo expõe-se uma visão conjunta das principais ilações a reter da análise efetuada destes instrumentos de política.

4.2. Prioridades individuais e programáticas: convergências e divergências

4.2.1. Programa do XIX Governo Constitucional e Grandes Opções do Plano 2012-2015

1. Uma breve caracterização

“Portugal pode orgulhar-se do posicionamento relativo do seu Sistema de Saúde em termos internacionais. No entanto, a sua sustentabilidade financeira está neste momento em causa na medida em que os seus custos têm crescido muito acima das taxas nominais de crescimento económico. (...) Em síntese, o processo de mudança integra medidas de racionalização das despesas, iniciativas de contenção de custos e de melhoria de eficiência da organização dos prestadores e dos recursos utilizados na prestação de cuidados de saúde com o intuito de reforçar, no médio prazo, a sustentabilidade financeira do SNS” (Programa do XIX Governo Constitucional, 2011:77)

“A saúde é uma área essencial de actuação do Estado social, mas também uma das que acarreta um maior peso nas despesas sociais do Estado. O elevado montante de compromissos acumulados junto de terceiros condiciona significativamente a gestão actual. Pretende-se que as medidas de consolidação orçamental adoptadas nesta área actuem sobretudo ao nível da racionalização de recursos e controlo de despesa” (Grandes Opções do Plano para 2012 - 2015, Lei n.º 64-A/2011:5538-(24))

O Programa do XIX Governo Constitucional e as Grandes Opções do Plano 2012-2015 reconhecem a mais-valia que o Sistema Nacional de Saúde português representa inclusive em termos internacionais. Apesar de tudo, e embora sublinhem a importância de garantir o acesso universal e equitativo, tendencialmente gratuito, aos cuidados e serviços de saúde, reconhecem ser fundamental levar a cabo uma utilização mais racional e eficiente dos recursos disponíveis em muito para garantir a sustentabilidade financeira do SNS. Talvez por isso haja uma forte referência e convergência com as orientações definidas no *Memorando de Entendimento sobre as Condiionalidades de Política económica* (como se verá mais adiante).

De uma forma geral, estes instrumentos governativos apontam seis orientações chave para o domínio da saúde:

- A primeira concerne os cuidados de saúde primários, apontando para a necessidade de suprimir as assimetrias de acesso que ainda se observam a nível regional e social;
- A segunda refere-se aos cuidados hospitalares, visando uma gestão mais eficiente dos recursos através, por exemplo, da concretização de oportunidades de fusão, concentração ou extinção de instituições/serviços que revelem uma clara sobreposição de capacidades, ou que levem a cabo missões menos prioritárias na arquitetura do sistema de saúde;

- A terceira diz respeito à articulação dos diferentes serviços de saúde, propondo a transferência de alguns cuidados atualmente prestados em meio hospitalar para estruturas de proximidade, ao nível dos cuidados primários e da rede de cuidados continuados;
- A quarta relaciona-se com a ideia de promoção da saúde e prevenção da doença, através da intensificação de iniciativas de base intersectorial, designadamente com a Educação, a Segurança Social, o Ambiente e as Autarquias, com maior proximidade à população;
- A quinta centra-se na otimização dos sistemas de informação, seja no sentido de melhorar a gestão das instituições, seja com o intuito de dotar os cidadãos de melhores condições de acesso ao sistema de saúde;
- A sexta, por fim, foca a temática do turismo da saúde (médico), avançando com orientações no sentido de incluir Portugal como destino para tratamento de doenças crónicas, tais como desenvolver centros de I&D e de diagnóstico e tratamento de ponta, reter e atrair recursos humanos qualificados e ampliar capacidade na infraestrutura.

2. A dimensão territorial

A dimensão territorial encontra-se visível, ainda que não explicitamente, nas orientações apresentadas pelo Programa do XIX Governo Constitucional e pelas Grandes Opções do Plano 2012-2015, seja ao nível do espaço geográfico (*localização e acessibilidade geográfica*), seja numa perspetiva relacional nos processos (*intersectorialidade*).

Ao mencionarem a necessidade de garantir a cobertura dos cuidados de saúde primários pelo território nacional e ao apostarem na concentração de serviços de saúde, estes instrumentos governativos têm presente a componente territorial na ótica da localização e acessibilidade geográfica. Aliás, estas orientações encontram eco nos objetivos de política descritos no capítulo referente ao ordenamento do território nestes instrumentos, visando a promoção da justiça e da competitividade associadas ao território, por um lado, e a otimização das estruturas de gestão e serviços públicos, no sentido da obtenção de economias de escala e maior eficiência, por outro.

No entanto, não deixa de ser curiosa a intenção de reorganizarem a rede hospitalar, que inclui uma visão mais racional do sistema de prestação (incluindo concentração de serviços), de forma a permitir uma maior equidade territorial. É uma relação que fica por explorar e que carece de orientações complementares para tornar o acesso geográfico mais equitativo, designadamente por via de meios alternativos de transporte.

Por outro lado, ao perspectivarem ações de promoção da saúde com base em iniciativas intersectoriais de proximidade à população, têm subjacente uma articulação territorialmente contextualizada de

políticas e agentes. Apesar de tudo, não deixa de ser curioso o facto de na listagem de áreas sectoriais que apresentam (Educação, Segurança Social e Ambiente) o ordenamento do território estar ausente. Importa, por fim, fazer referência à articulação perspectivada entre a saúde e o turismo. As últimas páginas do Programa do Governo centram-se na questão dos *produtos, competências e serviços de excelência desenvolvidos no mercado nacional*, no qual se inclui um ponto específico destinado à saúde enquanto destino para tratamento de doenças crónicas. Embora neste ponto a atenção resida essencialmente no desenvolvimento de competências ao nível da investigação e inovação de forma a atrair potenciais pacientes oriundos de outros países, esta questão insere-se no âmbito da discussão sobre a Diretiva dos Cuidados de Saúde Transfronteiriços e, de certa forma, do turismo da saúde (médico). Aliás, as orientações para o sector do turismo apontam para o reforço da relação turismo/saúde e para a necessidade de dar maior expressão aos programas de turismo de saúde e de turismo sénior. A dimensão territorial destas questões fica, contudo, por explorar, encontrando-se ausente qualquer reflexão e orientação sobre de que forma a relação saúde/turismo/investigação poderá contribuir para alavancar o desenvolvimento de determinados territórios.

3. A relação com a perspectiva dos decisores políticos

A grande preocupação subjacente no Programa do XIX Governo Constitucional e nas Grandes Opções do Plano 2012-2015 em relação ao sector da saúde reside na procura de uma utilização mais racional e eficiente dos recursos disponíveis. Neste âmbito, importa lembrar que a conjuntura atual, os gastos com a saúde que se verificam em determinados aspetos, designadamente na rede hospitalar, e a ausência de uma efetiva articulação entre os diferentes tipos de cuidados, foram mencionados por diversos decisores e ex-decisores entrevistados enquanto fatores que contribuem para a potencial insustentabilidade do SNS e que por isso urge formular políticas que contribuam para ultrapassar estas debilidades. Há aqui, portanto, um traço comum que marca a exposição encontrada nestes instrumentos governativos e o discurso efetuado por parte dos auscultados no âmbito desta investigação.

Embora estes instrumentos governativos tenham presente a importância que atualmente se dá à questão da promoção da saúde e capacitação dos cidadãos neste domínio, a problemática da contenção dos gastos públicos com a saúde incide particularmente, por um lado, no controlo orçamental associado aos cuidados hospitalares, cuja reorganização que advogam passa essencialmente pela concentração de instituições/serviços e pela qualificação da gestão dos recursos humanos, e, por outro, na melhoria da eficiência da prestação por intermédio de uma maior articulação entre cuidados hospitalares e cuidados de saúde primários. Ainda que genéricas, estas orientações dirigidas essencialmente à oferta de serviços de saúde encontram eco nos objetivos de política apontados pelos auscultados, embora curiosamente os cuidados continuados não surjam nos instrumentos como um

elemento a considerar, quer na perspectiva de continuar a reforma iniciada, quer ao nível da articulação com os cuidados hospitalares (contribuindo, por exemplo, para uma diminuição das despesas de utilização de camas hospitalares).

Também no que respeita ao reforço do papel dos cuidados de saúde primários é visível a articulação com as linhas de orientação apontadas pelos entrevistados. Contudo, embora a preocupação patente neste objetivo por parte dos inquiridos incida essencialmente na questão da equidade de acesso aos cuidados primários (lógica de discriminação positiva das áreas mais remotas), já a procura da diminuição da distância aos cuidados primários e à prevenção que estes instrumentos advogam, a julgar pela principal preocupação em tornar o sistema de saúde mais sustentável financeiramente, pode surgir particularmente por razões de eficiência, já que uma afluência tardia aos cuidados (ótica curativa vs. preventiva) pode resultar num aumento de despesas por parte do prestador.

A análise destes instrumentos governativos à luz das principais linhas de orientações formuladas pelos entrevistados mostra também uma articulação com as questões de cooperação institucional (maior complementaridade de serviços oferecidos pelos sectores público, privado e social) e sectorial, com o objetivo específico de intensificar programas integrados de promoção da saúde e prevenção da doença. A referência à saúde enquanto atividade exportadora encontra-se também espelhada nestes instrumentos, uma questão bastante explorada pelos entrevistados. É verdade que o facto de esta referência ser efetuada numa secção autónoma destinada a *serviços de excelência* evidencia um especial empenhamento por parte do Governo neste domínio de atuação. No entanto, a aposta aqui é feita essencialmente no domínio da investigação e inovação em saúde, não se verificando qualquer menção em relação à questão da Diretiva Comunitária, e a própria ligação ao turismo de saúde (médico) é feita de forma ténue e indireta (na secção do turismo).

A próxima tabela procura apresentar de forma muito sintética a articulação verificada entre a finalidade das principais (e mais consensuais) linhas de orientação apontadas pelos decisores e ex-decisores auscultados e as indicações/orientações apresentadas nestes instrumentos programáticos, para os quatro domínios de intervenção: *trade-off equidade/ eficiência e dimensão territorial na saúde, fatores externos aos cuidados de saúde, saúde enquanto atividade exportadora e articulação políticas de saúde/ políticas de base territorial*.

Quadro 41: Articulação das principais linhas de orientação: decisores vs. Programa de Governo e GOP

Domínio de análise	Finalidade das principais linhas de orientação apontadas pelos decisores	Indicações/orientações apresentadas no Programa de Governo e nas GOP
<i>Trade-off equidade/ eficiência e dimensão territorial na saúde</i>	Organização dos cuidados de saúde	<i>Eliminação das assimetrias de acesso a cuidados de saúde primários que ainda se observam a nível regional e social</i> <i>Transferência de alguns serviços hospitalares em ambulatório para as USF</i> <i>Reorganização e racionalização da rede hospitalar</i>
<i>Fatores externos aos cuidados de saúde</i>	Promoção da saúde e prevenção da doença	<i>Desenvolvimento de programas integrados de promoção da saúde e prevenção da doença</i>
<i>Saúde enquanto atividade exportadora</i>	Desenvolvimento de estratégias para fazer face aos desafios colocados pela Diretiva e pelo turismo de saúde	<i>Desenvolvimento de centros de I&D e de diagnóstico e tratamento de ponta</i> <i>Atração de recursos humanos qualificados</i> <i>Ampliação da capacidade na infraestrutura</i>
<i>Articulação políticas de saúde/ políticas de base territorial</i>	Coordenação conjunta de políticas e de soluções organizacionais	<i>Desenvolvimento de iniciativas de base intersectorial para a promoção da saúde e prevenção da doença</i>

4.2.2. Memorando de Entendimento sobre as Condicionalidades de Política económica

1. Uma breve caracterização

“O presente Memorando de Entendimento descreve as condições gerais da política económica tal como contidas na Decisão do Conselho [...] de [...] sobre a concessão de assistência financeira da União Europeia a Portugal. (...) [Medidas a implementar:] Controlar os custos no sector da saúde, com base nas medidas detalhadas adiante no ponto sobre “Sistema Nacional de Saúde”, obtendo poupanças de 550 milhões de euros” (Memorando de Entendimento sobre as Condicionalidades de Política económica, 2011:1-3)

Há um reconhecimento generalizado de que o Sistema Nacional de Saúde e as políticas públicas de saúde estão inevitavelmente ligadas às orientações definidas para o sector da saúde no Memorando de Entendimento assinado com a Comissão Europeia, o Banco Central Europeu e o Fundo Monetário Internacional (designada Troika).

Com o intuito de diminuir e controlar a despesa pública e partindo do pressuposto de que o atual modelo do SNS não é sustentável, o Memorando apresenta um conjunto de orientações para o sector da saúde com vista a alcançar os seguintes objetivos: i) aumentar a eficiência e a eficácia do sistema nacional de saúde, induzindo uma utilização mais racional dos serviços e controlo de despesas, ii) gerar poupanças adicionais na área dos medicamentos e iii) gerar poupanças adicionais nos custos operacionais dos hospitais.

Embora em número e abrangência as orientações sejam um pouco mais vastas, apresentam-se de seguida as que mais se relacionam com a investigação aqui conduzida:

- *Reforçar papel dos cuidados de saúde primários na redução da utilização dos cuidados hospitalares*, através do aumento do número de USF contratualizadas com as ARS e da criação de um mecanismo para garantir a presença de médicos de família em áreas carenciadas, possibilitando assim uma distribuição mais equitativa destes pelo país;
- *Tornar os serviços hospitalares mais eficientes*, através, entre outros, da reorganização e racionalização da rede hospitalar (via especialização e concentração de serviços hospitalares e de urgência e da gestão conjunta dos hospitais), da transferência de alguns serviços hospitalares em ambulatório para as USF, da criação de um sistema que permita a comparação do desempenho hospitalar com base num conjunto diversificado de indicadores e de uma seleção mais transparente dos presidentes e dos membros das administrações hospitalares;
- *Reduzir os custos operacionais dos serviços de saúde em geral*, através da concentração e da racionalização nos hospitais públicos e nos centros de saúde e, ainda, da diminuição dos custos com o transporte de doentes em 1/3;

- *Rever e aumentar as taxas moderadoras do SNS*, através de uma revisão substancial das categorias de isenção existentes e do aumento das taxas moderadoras em determinados serviços.

2. A dimensão territorial

O Memorando apresenta-se essencialmente como um instrumento direccionado para reduzir o défice orçamental da Administração Pública em geral, apontando orientações estruturais que, no essencial, visam uma utilização mais racional dos serviços e o controlo das despesas. A dimensão territorial não é, pois, uma preocupação que esteja visível no documento como um todo, argumento extensível para o domínio da saúde. Apesar de tudo, é possível efetuar algumas ligações entre as orientações acordadas com a *troika* e a dimensão territorial, ainda que de forma indireta.

A referência à distribuição dos médicos de famílias pelo território nacional e à necessidade de os garantir em áreas mais carenciadas tem presente uma preocupação de base territorial. É claro que esta preocupação pode surgir por motivos de equidade de acesso aos cuidados primários ou por razões de eficiência, na medida em que a distância aos cuidados primários e à prevenção pode ocasionar uma menor afluência de determinados utentes a estas unidades de saúde, o que, por sua vez, pode resultar numa afluência tardia aos cuidados de saúde (porventura já hospitalares) com eventuais maiores despesas por parte do prestador.

A questão da reorganização e racionalização da rede hospitalar que o Memorando advoga tem também uma componente territorial. De facto, a reorganização por via da concentração e da especialização pressupõe uma hierarquia de serviços com áreas de influência claramente definidas e uma articulação em rede, quer entre os serviços hospitalares, quer entre estes e os cuidados de saúde primários, na medida em que a ideia de concentração está associada a uma menor distribuição de serviços pelo território, logo a um aumento de distâncias e tempos de deslocação para determinados cidadãos. Talvez também por isso o Memorando proponha o aumento do número de USF e a transferência de alguns serviços hospitalares em ambulatório para estas unidades, procurando garantir assim a cobertura destes serviços a todos os cidadãos.

3. A relação com a perspectiva dos decisores políticos

Um fator que parece ser transversal às orientações que o Memorando avança reside na relação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados hospitalares, seja através do reforço do papel dos primeiros para uma diminuição da utilização dos cuidados hospitalares, seja por intermédio da transferência de alguns serviços hospitalares para as USF, seja ainda via redução dos custos operacionais dos serviços de saúde em geral. De facto, segundo os entrevistados, a articulação existente entre os cuidados de saúde primários e os cuidados hospitalares revela níveis de fragmentação superiores ao expectável e

desejável. Aliás, foi no âmbito dessa discussão que se debateu a orgânica dos serviços e as reformas que têm sido conduzidas, nomeadamente no que concerne às ULS, aos ACES e às USF. Independentemente das críticas efetuadas aos resultados alcançados por estas organizações, designadamente no que respeita ao percurso lento com que as reformas se têm efetuado, à cultura organizacional existente que dificulta a interação cuidados primários/cuidados hospitalares e à falta de informação e orientação ainda verificada junto dos utentes sobre em que ocorrências e para que serviços se deve dirigir, é opinião geral que este caminho de aprofundamento de uma relação biunívoca deve ser percorrido, não só para tornar os cuidados mais acessíveis, melhorar a qualidade dos procedimentos e tornar os serviços mais eficientes, mas também para salvaguardar o próprio SNS.

Já no que respeita ao reforço do papel dos cuidados de saúde primários, nomeadamente em relação à distribuição dos médicos de família pelo território nacional, o Memorando vem também robustecer um argumento avançado pelos entrevistados: o da discriminação positiva das áreas mais remotas e de determinados grupos sociais (mormente os idosos, com maiores dificuldades de mobilidade e de acesso a serviços de saúde em locais mais remotos), contribuindo assim para ultrapassar algumas lacunas geográficas que se verificam ao nível do atendimento médico e da prevenção.

A questão da discriminação positiva lança para discussão a necessidade de garantir a todos os cidadãos, independentemente do local onde vivam ou exerçam a sua atividade profissional, as deslocações aos serviços de saúde e o apoio à família. Ora, neste contexto, o Memorando aponta para a necessidade de diminuir os custos com o transporte de doentes, ficando no ar algumas interrogações quanto a utentes com algumas patologias debilitantes ou com indisponibilidade financeira com a agravante de estarem em locais remotos, o que, de certa forma, contrasta com as orientações estratégicas avançadas pelos entrevistados com o intuito de promover uma maior equidade no acesso aos cuidados de saúde.

De algum modo, a questão das taxas moderadoras, ainda que não afluída pelos inquiridos, vem também inserir-se nesta discussão em torno da equidade no acesso aos cuidados. A questão que fica em aberto é saber até que ponto o aumento do valor das taxas altera o comportamento dos cidadãos e funciona como barreira de acesso para determinados grupos sociais.

Já a tónica dada pelo Memorando aos cuidados hospitalares, apontando para reorganização e racionalização da rede hospitalar via concentração de serviços, segue a mesma linha de orientação indicada pelos entrevistados com o intuito de tornar os serviços hospitalares mais eficientes. Mas também aqui a articulação entre estes e os cuidados de saúde primários revela-se crucial para garantir, não só o desempenho e a qualidade dos cuidados prestados, mas também um acesso equitativo aos

serviços de saúde. E défices de acesso aos cuidados de saúde primários podem gerar despesas maiores nos cuidados hospitalares.

Por outro lado, a referência aos conselhos das administrações hospitalares e respetiva seleção mais transparente dos presidentes e membros que o Memorando refere no âmbito da procura de uma maior eficiência hospitalar relaciona-se, de certa forma, com a questão da liderança por diversas vezes afirmada no decorrer das entrevistas pelos decisores e ex-decisores de políticas da saúde. É certo que as preocupações são, aparentemente, de natureza distinta: o Memorando procura impedir certas *manobras obscuras* que, no seu entender, verificam-se no SNS e que podem traduzir-se em graves erros de decisão (designadamente do ponto de vista financeiro), enquanto para os entrevistados a questão da liderança revela-se crucial para a formulação e implementação das políticas de saúde, por um lado, e para a promoção da articulação interinstitucional, por outro. Mas, independentemente da razão, orientações deste âmbito têm um objetivo comum: tornar o sistema mais eficiente do ponto de vista da implementação de políticas públicas.

A próxima tabela esquematiza a articulação verificada entre a finalidade das principais (e mais consensuais) linhas de orientação apontadas pelos decisores e ex-decisores auscultados e as indicações/orientações apresentadas no Memorando, para os já referidos quatro domínios de intervenção.

Quadro 42: Articulação das principais linhas de orientação: decisores vs. Programa de Governo e GOP

Domínio de análise	Finalidade das principais linhas de orientação apontadas pelos decisores	Indicações/orientações apresentadas no Memorando
<i>Trade-off equidade/ eficiência e dimensão territorial na saúde</i>	Organização dos cuidados de saúde	<i>Coordenação dos diferentes tipos de cuidados de saúde</i> <i>Reforço do papel dos cuidados de saúde primários na redução da utilização dos cuidados hospitalares</i> <i>Reorganização e racionalização da rede hospitalar</i> <i>Transferência de alguns serviços hospitalares em ambulatório para as USF</i>
<i>Fatores externos aos cuidados de saúde</i>	Promoção da saúde e prevenção da doença	/
<i>Saúde enquanto atividade exportadora</i>	Desenvolvimento de estratégias para fazer face aos desafios colocados pela Diretiva e pelo turismo de saúde	/
<i>Articulação políticas de saúde/ políticas de base territorial</i>	Coordenação conjunta de políticas e de soluções organizacionais	/

4.2.3. Plano Nacional de Saúde 2012-2016

1. Uma breve caracterização

O Plano Nacional de Saúde (PNS) é o instrumento e o recurso de Planeamento em Saúde enquadrador dos objetivos, planos e estratégias de todos aqueles que inscrevem, dentro da sua missão, manter, melhorar ou recuperar a saúde de indivíduos e populações em Portugal. (...) A missão do PNS é dar um sentido e enquadramento maior, assegurando que o Sistema de Saúde responde às necessidades, tem os planos e recursos que precisa e otimiza o impacto das suas reformas. Daí o seu sentido estratégico (Prefácio do Plano Nacional de Saúde 2012-2016)

O Plano Nacional de Saúde constitui um dos principais instrumentos de política do ponto de vista da definição de orientações estratégicas, prioridades e metas para todos os agentes direta e indiretamente ligados ao Sistema de Saúde. Mais do que constituir um instrumento com orientações e recomendações concretas, o PNS procura capacitar os cidadãos (em geral) e os agentes do Sistema de Saúde (em particular) para cumprir o seu potencial e, ainda, servir de plataforma de entendimento entre estes através de diversos momentos de participação e discussão. Apesar de inicialmente estar previsto para iniciar formalmente em 2011, pode dizer-se que ainda se está numa fase de transição entre o PNS anterior (2004-2010) e este, na medida em que a sua implementação ainda se encontra muito atrasada.

Estruturalmente, o PNS 2012-2016 conta com quatro eixos estratégicos e quatro grandes objetivos (já disponíveis para consulta *online*), bem como com alguns capítulos sobre as políticas transversais que procuram concretizar os objetivos do Sistema de Saúde e o suporte operacional para concretizar o plano (ainda não disponíveis, já que só serão publicados na fase inicial de implementação do plano).

De uma forma geral, os eixos estratégicos procuram mostrar como cada agente pode contribuir para maximizar ganhos em saúde e trazer valor ao Sistema de Saúde. São quatro os eixos:

- *Cidadania em Saúde*, no qual se destaca a ideia de que as populações têm o direito e o dever de participar individual e coletivamente no planeamento e prestação dos cuidados de saúde, o que só é possível alcançar através de uma aposta na literacia em saúde (o que por sua vez implica a produção e partilha de informação e conhecimento), na capacitação e na participação ativa dos cidadãos e, ainda, na atribuição da máxima responsabilidade e autonomia individual e coletiva;
- *Acesso e Equidade*, em que se sublinha a necessidade de desenvolver estratégias e recursos para a promoção do acesso que passam, em muito, por capacitar os sistemas de informação e monitorização da saúde para considerar de forma abrangente e integrada a perspetiva do acesso e, consequentemente, apoiar de forma mais consistente a tomada de decisão, por avaliar sistematicamente o impacto das políticas e práticas institucionais na saúde e das políticas de outros ministérios e sectores no acesso e na equidade, por priorizar recursos na melhoria do acesso, adequação e desempenho dos Cuidados de Saúde Primários e Cuidados Continuados

Integrados, e por reforçar a articulação dos serviços de saúde (públicos, privados e do terceiro sector);

- *Qualidade em Saúde*, que acrescenta às noções de acesso e equidade a ideia de prestação de cuidados com o melhor desempenho e a maior adesão e satisfação do cidadão possíveis tendo em conta os recursos disponíveis, o que implica o reforço da governação integrada, a aposta em certos mecanismos de influência nos resultados clínicos e satisfação dos utentes (como sejam as Normas de Orientação Clínica e Organizacionais ou aspetos estruturais como a arquitetura e o ambiente) e a promoção da participação e capacitação dos utentes;
- *Políticas Saudáveis*, que consubstanciam políticas do governo, das autarquias ou de outros sectores que definem prioridades e parâmetros de intervenção na resposta a necessidades de saúde, na distribuição de recursos para a saúde e na potencialização de impactos positivos para a saúde (ou atenuação dos negativos), o que consequentemente responsabiliza não só o sector e agentes da saúde, mas todos os outros sectores e agentes que devem contribuir para a criação de ambientes físicos e sociais promotores do bem-estar e da saúde das populações, assegurando que cada cidadão tenha igual oportunidade de fazer escolhas saudáveis. É partindo deste conceito de políticas saudáveis que o plano reforça a importância das *políticas de saúde pública* e a ideia da *saúde em todas as políticas*.

Quanto aos grandes objetivos, estes procuram sublinhar os resultados finais para os quais cada agente deve caminhar no sentido de maximizar ganhos em saúde, a saber:

- *Obter ganhos em saúde*, traduzindo-se por ganhos em anos de vida, redução de episódios de doença ou aumento da funcionalidade física e psicossocial, por exemplo, o que acarreta identificar necessidades de saúde e intervenções prioritárias capazes de alcançar esses ganhos com os recursos disponíveis. É por isso que o plano argumenta que uma utilização racional dos recursos, bem como a capacidade de gerar e distribuir estes de uma forma equitativa, é condição necessária para se obterem ganhos em saúde;
- *Promover contextos saudáveis ao longo da vida*, permitindo uma visão integrada das necessidades e oportunidades de intervenção de modo contínuo, específico de cada contexto, mas também pressupondo uma articulação e integração de esforços entre contextos.
- *Reforçar o suporte social e económico na saúde e na doença*, o que se traduz por uma redução do impacto económico e social da doença, pela garantia de cuidados de saúde de qualidade (assegurados de acordo com as necessidades de saúde e o nível económico das famílias), pela complementaridade e concorrência dos Serviços Públicos e Privados e pela valorização social e económica da saúde (o que consequentemente implica, de acordo com o plano, reconhecer que investimentos inteligentes na saúde contribuem para o desenvolvimento económico com coesão social);

- *Fortalecer a participação de Portugal na Saúde Global*, na medida em que os Sistemas de Saúde não são fechados (influenciam e são influenciados por contextos externos), o que implica uma articulação dos agentes integrantes do sistema de saúde no palco internacional, quer do ponto de vista da solidariedade, quer ao nível da inovação e da excelência, e a criação de um processo de aprendizagem conjunta e troca de experiências.

Por fim, refira-se que foram realizadas análises especializadas a certas áreas no sentido de enriquecerem o plano, algumas desenvolvidas pelo próprio Gabinete Técnico do PNS – *Análise de Planos de Saúde de Outros Países; Identificação de Potenciais Ganhos em Saúde; Diretório de Informação em Saúde; Paineis de Informação para Planeamento em Saúde; Levantamento de Recomendações de Organizações Internacionais da Saúde; e Análise da Autoavaliação sobre Programas Nacionais de Saúde* –, ficando outras a cargo de peritos nacionais e consultoria internacional – *Cidadania e Saúde; Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde; Qualidade dos Cuidados e dos Serviços; Políticas Saudáveis; Ordenamento do Território; Tecnologias de Informação e Comunicação; Integração e Continuidade dos Cuidados; Descrição do Sistema de Saúde Português; Recursos Humanos na Saúde; Cuidados de Saúde Primários; Cuidados de Saúde Hospitalares; Cuidados de Saúde Continuados; Política do Medicamento, Dispositivos médicos e Avaliação de Tecnologias em Saúde; Investigação em Saúde; Estratégias Locais de Saúde*.

2. A dimensão territorial

O PNS afigura-se, à partida, como sendo um instrumento propício à inclusão, de uma forma clara e abrangente, da dimensão territorial em articulação com a saúde:

- Assume na própria visão que a maximização de ganhos em saúde depende de um conjunto de fatores que variam em função do seu contexto territorial (com ênfase para o nível regional);
- Avança como o princípio de equidade enquanto um dos valores fundamentais do plano e das intervenções em saúde, designadamente no que respeita ao acesso aos cuidados, dedicando a esta temática inclusive um capítulo na versão publicada;
- Aposta na noção de políticas saudáveis, enfatizando a importância da articulação intersectorial e interinstitucional com vista à promoção da saúde e ao fomento da ideia de *saúde em todas as políticas*;
- Prevê a publicação de capítulos referentes a políticas transversais em articulação com a saúde para concretizar as estratégias definidas no plano, nos quais se insere um sobre o ordenamento do território e estratégias locais de saúde;
- Tem como um dos documentos de apoio uma análise especializada no domínio do Ordenamento do Território.

Contudo, não só a componente territorial está pouco imbuída no plano, como também a forma como é considerada na articulação com a saúde revela uma perceção um pouco redutora sobre as potencialidades decorrentes do que se esperaria duma visão conjunta.

Dada a visão típica que existe no âmbito da articulação cuidados de saúde/território, em que este domínio é considerado essencialmente do ponto de vista do acesso geográfico, o capítulo da equidade e do acesso afigurava-se como sendo aquele em que a dimensão territorial estaria mais vincada. E neste contexto esta relação é focada particularmente quando reporta a organização territorial dos cuidados de saúde, sublinhando que esta contempla a rede de Cuidados de Saúde Primários como estrutura de proximidade, continuidade e de acesso privilegiado, os Cuidados pré-hospitalares, nomeadamente a emergência médica, a rede de Cuidados Hospitalares, entendida como um sistema integrado de prestação de cuidados de saúde, altamente especializados, urgentes e emergentes, organizado de modo coerente, assente em princípios de racionalidade e eficiência, e a Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados. Como tal, no plano é sublinhada, não só a necessidade de se promover uma maior articulação entre estes diferentes tipos de cuidados, como também a importância do acesso geográfico aos serviços de saúde, surgindo as seguintes observações:

“Relativamente aos Cuidados de Saúde Primários, em 2009, verificou-se melhor acesso, mais consultas e maior racionalização da utilização dos cuidados, sugerido pela melhoria do indicador da utilização média (Ministério da Saúde, 2010); apenas 0,03% da população reside a mais de 30 minutos (em transporte próprio) de um centro de saúde ou extensão (ERS, 2009)”.

“A rede hospitalar atual (2009) permite que 88% da população resida a menos de 30 minutos em transporte próprio e apenas 1% da população resida a mais de 60 minutos de um hospital (Portaria 615/2008), sendo as distâncias maiores existentes nos concelhos do interior. Existe desigualdade na concentração de médicos especialistas, sendo esta maior na região de LVT e menor no Alentejo e Algarve”.

Mas uma análise mais a montante sobre a noção de equidade que surge enquanto um dos valores fundamentais do plano mostra uma preocupação *aterritorializada*, ou seja, sublinha que todos os cidadãos devem ter idêntico acesso aos cuidados e direito à obtenção de resultados em saúde, de acordo com as necessidades, independentemente do sexo, religião, origem étnica, idade, estatuto social ou capacidade de pagar esses cuidados, sem contudo fazer qualquer menção às diferenças territoriais existentes e que podem ter consequências na saúde e no acesso aos cuidados.

A dimensão territorial, mas agora numa ótica muito particular – relação *qualidade de saúde/qualidade dos espaços construídos* –, acaba por ser também referida no capítulo da qualidade em saúde, sendo focado que esta depende da intervenção programada em determinadas áreas-chave, designadamente através da definição do que é designado por *mecanismos de influência*, tais como a arquitetura e o ambiente. É, pois,

importante ter em atenção os espaços, os acessos (incluindo para as pessoas com dificuldades de mobilidade), a sinalética, a decoração, a luz, as cores, os ruídos, os cheiros e a privacidade para uma prestação de cuidados de maior qualidade, capazes de influenciar positivamente o processo de recuperação, otimizando a satisfação de doentes e profissionais.

Já no que respeita a políticas de ordenamento do território, a referência mais explícita no PNS é porventura a efetuada no capítulo sobre políticas saudáveis: *“A Saúde é fundamental para o bem-estar, identidade e desenvolvimento social. Reconhece-se que a Saúde contribui para o desenvolvimento económico e social e depende de outros sectores como educação, economia, segurança social, ambiente, ordenamento do território, investigação e inovação, etc., pelo que os ganhos são resultados mais ou menos diretos destes sectores e também influenciam os seus objetivos. Esta compreensão é política e social pelo que a importância e o discurso social sobre a saúde transcende a perspectiva individual, económica, de acesso e de qualidade dos serviços”*. Não ganhando qualquer relevância face a outras áreas de intervenção, não deixa de ser salutar a sua menção. Porém, neste mesmo capítulo é feito um levantamento das iniciativas de outros ministérios com impacto na saúde e/ou parcerias com o Ministério da Saúde, reportando-se as em articulação com o Ministério do Ambiente e Ordenamento do Território maioritariamente à problemática do ambiente (em geral) e dos resíduos (em particular), sendo por isso natural que a referência do ponto de vista instrumental seja a ligação ao *Plano Nacional de Ação Ambiente e Saúde 2008-2013*, não havendo qualquer referência a questões como a organização territorial ou ao PNPOT.

Convém, por fim, fazer referência à análise especializada sobre o ordenamento do território que foi elaborada com o intuito de enriquecer o conhecimento sobre a potencial articulação saúde/território e, consequentemente, ‘alimentar’ o plano. O ponto de partida do estudo é o de que os objetivos e as opções do ordenamento do território devem influenciar as atividades e as políticas públicas sectoriais, nas quais se inclui a saúde, as quais, por sua vez, devem exigir ao ordenamento do território as soluções que mais contribuam para otimizar os seus próprios objetivos. Neste contexto, o estudo argumenta que (Gonçalves e Miranda, 2010:4):

“A criação e o robustecimento de um espaço equilibrado, coeso e sustentável, suportado por uma rede de comunicações e de transportes eficaz em termos da redução do constrangimento distância-tempo, trará benefícios elevados em termos da qualidade de vida em geral e em termos do acesso aos serviços de saúde em particular”.

“A existência de políticas de saúde que orientem os investimentos e os recursos materiais e humanos para os sub-espaços a que o ordenamento territorial atribui uma função estratégica no desenvolvimento económico-social potenciará os ganhos em saúde e uma superior equidade na sua distribuição territorial”.

No seguimento desta argumentação, o estudo apresenta uma reflexão sobre a relação saúde/ordenamento do território, não só do ponto de vista concetual, mas também ao nível dos

instrumentos de política – com especial ênfase no nível local –, constituindo-se por isso mesmo como um referencial de informação e aprendizagem para os responsáveis pela elaboração do PNS.

Duas observações finais sobre o estudo. A primeira relaciona-se com a natureza e o conteúdo do documento elaborado: sendo certo que a reflexão apresentada constitui, como já referido, um referencial (pioneiro) para os agentes que atuam nos domínios da saúde e do ordenamento do território adquirirem uma maior sensibilidade sobre as potencialidades de tal articulação, não é menos verdade que o estudo carece de uma avaliação crítica sobre como atualmente se processa a articulação, isto é, fica por descobrir qual o estado da arte neste campo e, portanto, qual o caminho já percorrido e a percorrer para se conseguir almejar tal coordenação de áreas de intervenção. A segunda diz respeito à articulação entre o estudo e o plano propriamente dito: pelas observações já aqui efetuadas, as indicações apontadas no estudo foram de forma mesmo muito parcelar incorporadas no PNS, ficando, pois, por explorar as potencialidades da articulação saúde/ordenamento do território que o estudo menciona.

3. A relação com a perspectiva dos decisores políticos

Foi já referido que, de acordo com os decisores e ex-decisores inquiridos, o instrumento estratégico e programático por excelência para a saúde a nível nacional é o PNS. Refira-se, inclusive, que este instrumento foi acompanhado de perto pela larga maioria dos entrevistados, quer do ponto de vista das orientações estratégicas que aí são apontadas, quer ao nível processual. Aliás, e pese embora as inúmeras críticas efetuadas nomeadamente respeitantes ao atraso da sua implementação, o PNS serviu por diversas vezes de exemplo para mostrar como se podem criar palcos de discussão abertos a todos os agentes no desenvolvimento de estratégias no domínio da saúde. Mais, serviu também como exemplo de um instrumento que aponta orientações no sentido de se promover uma maior articulação intersectorial e multiescalar (ideia de *governança*).

A análise do PNS à luz das principais orientações traçadas pelos entrevistados mostra uma clara incidência nesta temática da governança, exortando a uma forte articulação, tanto ao nível institucional (maior complementaridade de serviços oferecidos pelos sectores público, privado e social, no sentido de promover um melhor equilíbrio entre a proximidade de cuidados e a gestão racional de recursos limitados), como ao nível sectorial (no sentido de integrarem esforços e recursos, com ganhos para todos os sectores) e de escalas de intervenção (nacional, regional e local), que devem estar articuladas por forma a reforçar o papel dos níveis regional e local (destacando-se o papel que os Conselhos da Comunidade podem desempenhar enquanto propulsores de redes e parcerias, projetos e estratégias de saúde locais). Refira-se que uma das formas de promover esta articulação (institucional, sectorial e multiescalar) é por intermédio de promoção da ideia de *saúde em todas as políticas* – uma “*estratégia explícita*

de abordagem intersectorial, baseada na evidência de que ações e políticas da iniciativa dos sectores fora da saúde têm repercussões positivas ou negativas na saúde e na equidade” –, um objetivo de política avançado também pelos entrevistados.

Associada a esta ideia de *saúde em todas as políticas* encontra-se o acentuar da necessidade de uma maior aposta, quer na promoção da saúde e prevenção da doença, uma questão avançada pelos entrevistados e que se encontra espelhada no PNS, designadamente no capítulo referente à ideia de políticas saudáveis, quer na formação, designadamente dos profissionais de saúde, com vista a reforçar a sensibilidade e as competências destes para a ação intersectorial e fomentar o trabalho em rede.

Quando se particulariza a questão da promoção da saúde, uma das linhas de orientação acentuadas pelos entrevistados, é possível observar-se no PNS uma clara aposta no desenvolvimento de uma cultura de cidadania, com indicações ao nível político (e.g. promoção da literacia, capacitação e participação), organizacional (e.g. divulgação de informação institucional e melhoria da confiança dos cidadãos nas instituições através da auscultação regular das necessidades, expectativas, satisfação dos utentes), da prática profissional (e.g. consideração do contexto socioeconómico e cultural dos utentes) e dos ‘deveres’ dos próprios cidadãos (e.g. assumir a responsabilidade pela promoção da saúde e por estilos de vida saudáveis e uma utilização racional e adequada dos serviços de saúde).

A referência à organização dos cuidados de saúde encontra-se também espelhada no PNS, uma questão que vai ao encontro das preocupações lançadas pelos decisores e ex-decisores auscultados. Embora a relação *equidade/eficiência e dimensão territorial na saúde* seja pouco explorada no plano, é possível efetuar duas observações neste âmbito que se encontram na mesma linha de raciocínio dos entrevistados:

- Os Cuidados de Saúde Primários, como cuidados holísticos, de proximidade, continuidade e transversais, devem ser promovidos para obtenção de maiores ganhos em saúde, uma maior equidade e acessibilidade, uma melhor relação custo-benefício e uma maior satisfação do cidadão;
- Os Cuidados de Saúde Hospitalares, altamente especializados, urgentes e emergentes, devem atuar em rede, estar organizados de modo coerente e assentes em princípios de racionalidade e eficiência.

Importa, por fim, efetuar dois apontamentos adicionais sobre duas questões também afloradas pelos entrevistados. O primeiro diz respeito aos métodos de suporte à decisão. Embora esteja claro no PNS que a formulação das políticas de saúde esteja assente em processos de decisão colaborativos, é também mencionada a importância de análises baseadas em critérios técnicos (adaptados aos contextos

territoriais) que permitam relacionar os ganhos esperados em saúde com os recursos necessários, legitimando assim do ponto de vista técnico-científico a ação pública.

O segundo apontamento dirige-se ao papel do Estado no domínio da saúde, uma questão também abordada pelos entrevistados. Neste âmbito, o plano reconhece que o sistema de saúde não pode ser entendido apenas na perspectiva de uma simples lógica de mercado, o que confere uma maior importância ao SNS e ao Estado no campo da saúde. O plano constata também que na procura da equidade em saúde vários desafios se colocam ao sector público: i) a definição de serviços essenciais, isto é, aqueles para os quais deve ser explícita e garantida a possibilidade de acesso a todos os cidadãos, ii) a determinação do grau com que é possível aproximar e personalizar os cuidados para com as necessidades individuais, de famílias e comunidades; iii) a deliberação sobre a forma como os benefícios da prestação de cuidados de saúde são distribuídos pelos indivíduos de diferentes classes socioeconómicas. Embora reconhecendo que as opções políticas podem variar consoante os valores, as filosofias e as prioridades dos protagonistas, o plano curiosamente aponta como uma das limitações do SNS a gestão dos seus recursos sob uma perspectiva de bem social, o que contribui para reforçar as suas orientações no sentido de fomentar a complementaridade entre as diferentes instituições e organizações prestadoras de cuidados de saúde, com objetivos e naturezas próprias – o SNS (com o objetivo de efetivar, por parte do Estado, a responsabilidade de proteção da saúde individual e coletiva), as Instituições Particulares de Solidariedade Social com objetivos de saúde e as organizações de saúde privadas com fins lucrativo.

À semelhança dos pontos anteriores, também aqui se apresenta uma tabela que sintetiza a articulação entre a finalidade das principais (e mais consensuais) linhas de orientação apontadas pelos decisores e ex-decisores auscultados e as indicações/orientações apresentadas no PNS para os quatro domínios de intervenção em discussão.

Quadro 43: Articulação das principais linhas de orientação: decisores vs. PNS

Domínio de análise	Finalidade das principais linhas de orientação apontadas pelos decisores	Indicações/orientações apresentadas no PNS
<i>Trade-off equidade/ eficiência e dimensão territorial na saúde</i>	Organização dos cuidados de saúde	<p><i>Coordenação dos diferentes tipos de cuidados de saúde</i></p> <p><i>Aposta nos Cuidados de Saúde Primários numa ótica de proximidade e continuidade (para obtenção de maiores ganhos em saúde, maior equidade e acessibilidade, melhor relação custo-benefício e maior satisfação do cidadão)</i></p> <p><i>Aposta numa rede de Cuidados Hospitalares, altamente especializados, urgentes e emergentes (que devem estar organizados de modo coerente e assentes em princípios de racionalidade e eficiência)</i></p>
<i>Fatores externos aos cuidados de saúde</i>	Promoção da saúde e prevenção da doença	<i>Promoção da literacia em saúde, capacitação e participação dos cidadãos nos processos de tomada de decisão (em geral) e nas decisões referentes à saúde pessoal, da família e da comunidade (em particular)</i>
<i>Saúde enquanto atividade exportadora</i>	Desenvolvimento de estratégias para fazer face aos desafios colocados pela Diretiva e pelo turismo de saúde	/
<i>Articulação políticas de saúde/ políticas de base territorial</i>	Coordenação conjunta de políticas e de soluções organizacionais	<p><i>Articulação institucional (maior complementaridade de serviços oferecidos pelos sectores público, privado e social, no sentido de promover um melhor equilíbrio entre a proximidade de cuidados e a gestão racional de recursos limitados)</i></p> <p><i>Articulação sectorial (no sentido de integrarem esforços e recursos, com ganhos para todos os sectores)</i></p> <p><i>Articulação de escalas de intervenção (nacional, regional e local, destacando-se o papel que os Conselhos da Comunidade podem desempenhar enquanto propulsores de redes e parcerias, projetos e estratégias de saúde locais)</i></p> <p><i>Promoção da ideia de saúde em todas as políticas</i></p> <p><i>Formação dos profissionais de saúde (com vista a reforçar a sensibilidade e as competências destes para a ação intersectorial e fomentar o trabalho em rede)</i></p> <p><i>Integração da componente Avaliação de Impacto na Saúde nos Planos Municipais de Ordenamento do Território</i></p>

4.2.4. Redes de Referência Hospitalar

1. Uma breve caracterização

As Redes de Referência são sistemas através dos quais se pretende regular as relações de complementaridade e de apoio técnico entre todas as instituições de saúde, de modo a garantir o acesso de todos os doentes aos serviços e unidades prestadoras de cuidados de saúde, sustentado num sistema integrado de informação interinstitucional (Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência, DGS, 2001:5)

As redes de referência hospitalar (RRH) são consideradas essenciais ao cumprimento das características do SNS, auxiliando o planeamento e a organização da resposta dos prestadores de cuidados de saúde, localizando os serviços especializados nas unidades prestadoras segundo o seu grau de diferenciação e proximidade às populações e garantindo a sua prestação de forma integrada. Neste contexto, as RRH permitem:

- A articulação em rede dos prestadores de cuidados de saúde, variável em função das características dos recursos disponíveis, das determinantes e condicionantes regionais e nacionais e do tipo de especialidade em questão;
- A exploração de complementaridades de modo a aproveitar sinergias e a proporcionar o desenvolvimento do conhecimento e a especialização dos técnicos com a consequente melhoria da qualidade dos cuidados;
- A concentração de recursos, permitindo a maximização da sua rentabilidade.

No desenho e implementação das redes, estas devem considerar enquanto princípios orientadores as necessidades das populações (com base em critérios de distribuição e rácios, previamente definidos, de instalações, equipamentos e recursos humanos), a capacidade instalada e as especificidades e os condicionalismos locais e regionais. Do mesmo modo, devem estar integradas numa visão de rede nacional de cuidados de saúde (desde os cuidados primários até aos diferenciados) e envolver tanto os serviços de internamento como os de ambulatório.

Neste sentido, e seguindo de perto as observações efetuadas no âmbito do Estudo para a Carta Hospitalar, (ERS, 2012:54), *“encontra-se insito à noção de RRH o direito de acesso do utente aos serviços do prestador de cuidados de saúde de que aquele necessita e que se integra numa determinada rede de referência. Ou seja, decorre da própria definição de RRH, que a sua estrutura e princípios orientadores visam, então, promover e garantir o acesso de todos os doentes, de todas as zonas geográficas do País, aos cuidados de saúde de que necessitam, sejam estes primários, hospitalares ou continuados”*.

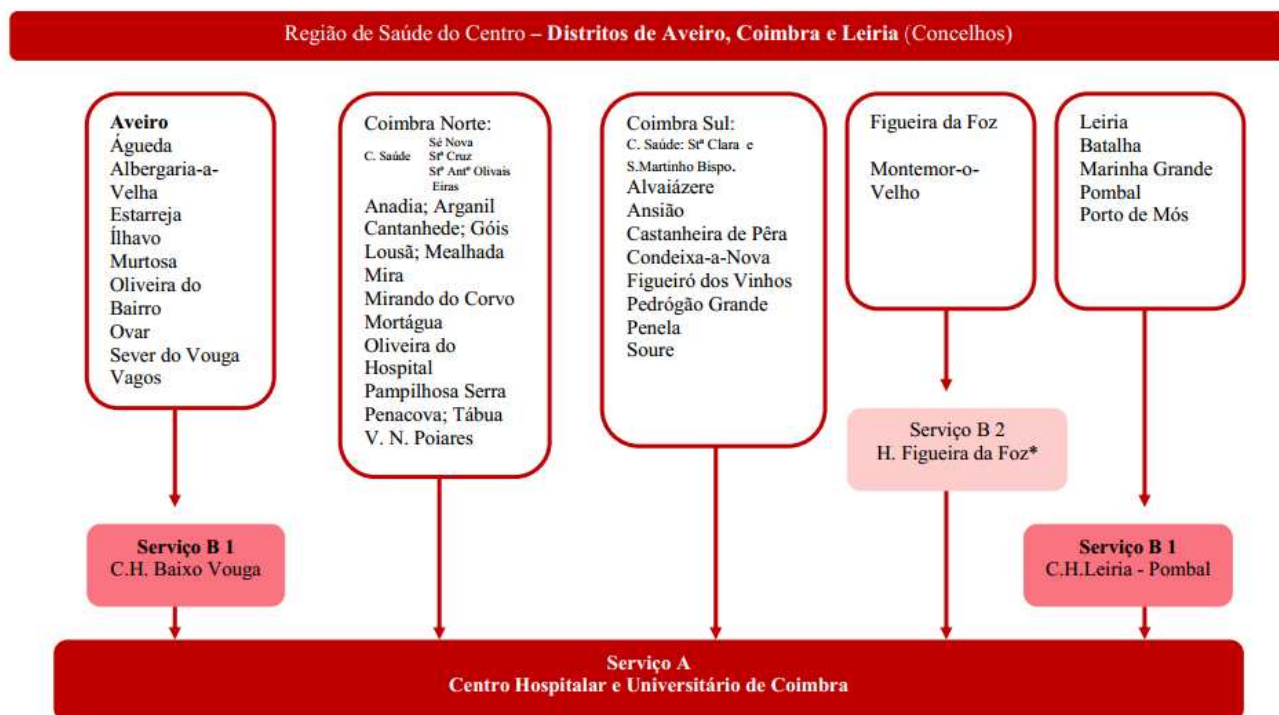
Refira-se que a primeira RRH é lançada em 1999, a rede de Intervenção Cardiológica, seguindo-se com o passar dos anos o aparecimento de várias redes para outras especialidades (pese embora algumas ainda não tenham sido objeto de aprovação por despacho ministerial), nomeadamente Anatomia Patológica, Cirurgia Vascular, Gastrenterologia, Genética Médica, Imunoalergologia, Infeciologia, Medicina Física e Reabilitação, Nefrologia, Neurologia, Oncologia, Psiquiatria e Saúde Mental, Reumatologia, Transplantação, Urgência/Emergência, Dermatologia, Pneumologia, Psiquiatria da Infância e da Adolescência, Otorrinolaringologia e, ainda, Medicina Nuclear.

De uma forma geral, para cada uma destas redes é definido um conjunto de orientações e critérios no que respeita:

- Às necessidades de saúde nessa especialidade; por exemplo, para o caso da Dermatologia são considerados: número de Dermatologistas por habitante, número de Consultas de Dermatologia/habitante, rácio 1^a/2^a consulta, número e % de internamentos hospitalares, número de Cirurgias Dermatológicas /ano/habitante e os meios complementares de diagnóstico e terapêutica necessários;
- Ao modelo organizativo de serviços; novamente para o caso da Dermatologia, avançam com diferentes indicações para o que designam por Hospitais de Proximidade e ACES, Hospitais de nível B2 (que sirvam uma população de cerca de 150.000 habitantes), Hospitais de nível B1 (que sirvam uma população de cerca de 250.000 a 300.000 habitantes), Hospitais de nível A (que sirvam uma população direta de cerca de 350.000 habitantes e sejam referência para mais 650.000 habitantes) e Hospitais Especializados (IPO), levando em consideração o quadro médico para assegurar as atividades, as instalações e o equipamento básico necessário.

A título de exemplo, apresenta-se a rede de referenciação de Dermatologia para a Região de Saúde do Centro – Distritos de Aveiro, Coimbra e Leiria (Concelhos) disponível no respetivo documento de suporte à RRH (ACSS, 2008:83):

Fig. 7: RRH de Dermatologia para a Região de Saúde do Centro



*Considerando-se como Hospital com Urgência Médico-Cirúrgica

Fonte: ACSS (2008)

Em jeito de conclusão deste ponto caracterizador, importa sublinhar dois pontos que decorrem das observações efetuadas, quer no Estudo para a Carta Hospitalar sobre as RRH, quer num outro elaborado em 2009 também pela ERS – *As redes de referência hospitalar como regras de acesso do utente aos cuidados de saúde do serviço nacional de saúde*. Por um lado, o facto de, na sua maioria, as RRH se consubstanciarem em meras linhas orientadoras, com critérios desejáveis mas reconhecidos como inexistentes. Por outro, pelo não respeito pelo princípio da autossuficiência regional, isto é, constituem regras de âmbito nacional que não resultam de uma análise atenta às realidades regionais.

2. A dimensão territorial

A estrutura e os princípios orientadores das RRH indicam que estas têm uma clara influência no planeamento e na organização da resposta dos prestadores de cuidados de saúde, com consequentes repercussões ao nível do acesso a determinadas especialidades médicas por parte das populações em resultado das áreas de influência dos prestadores, das distâncias e dos tempos de deslocação dos cidadãos aos cuidados de saúde e, ainda, da articulação de serviços e cuidados.

Os princípios organizativos dos serviços que as RRH apresentam partem, de uma forma geral, do cálculo das estimativas das necessidades em saúde, que por sua vez tem em consideração a evolução da população para as diferentes regiões (NUTS II).

Por outro lado, ao nível dos critérios que apresentam, ao considerarem o quadro médico para assegurar as atividades, as instalações e o equipamento básico necessário de acordo com um sistema hierárquico de prestação de cuidados (com as respetivas áreas de influência), as RRH condicionam o próprio modelo geográfico da rede de oferta de serviços hospitalares e, mais do que promover, exigem uma forte articulação entre os todos diferentes prestadores de cuidados (dos primários aos diferenciados).

Refira-se, contudo, que o nível de profundidade dos cálculos e dos critérios que apresentam variam de especialidade para especialidade. Apesar de tudo, em todos os documentos de suporte a cada RRH são apresentadas as respetivas arquiteturas de rede, úteis para se perceber o sistema hierárquico e as referências a efetuar. Curiosamente, só nos casos das redes de referência de Reumatologia e de Urgência/Emergência é que são apresentados mapas da distribuição territorial da oferta hospitalar nos respetivos domínios de intervenção. O mapa ao lado refere-se às urgências.



Fonte: DGS (2001)

3. A relação com a perspetiva dos decisores políticos

As três grandes preocupações que norteiam a arquitetura de resposta aos cuidados de saúde por especialidade proposta pelas RRH – articulação em rede dos prestadores de cuidados, exploração de complementaridades e concentração de recursos – encontram similaridades com algumas das questões levantadas pelos decisores e ex-decisores auscultados no âmbito deste percurso investigativo.

A necessidade de garantir um reencaminhamento célere e uma fluidez nos circuitos que os utentes necessitam de percorrer foi, desde logo, uma das principais linhas de orientação avançadas pelos entrevistados em virtude da deficiente coordenação entre os diferentes tipos de cuidados que ainda se verifica no sistema de saúde português. Neste contexto, as RRH procuram contribuir para que os serviços se articulem de uma forma integrada. Por outro lado, a ideia de complementar e concentrar recursos numa lógica de ganhos em economias de escala, não só por razões de eficiência, mas também e sobretudo por uma lógica de prestar cuidados com maior qualidade, ganha sustentação num dos objetivos de política avançados pela maioria dos inquiridos: *reformular a oferta de cuidados hospitalares,*

adequando a oferta à procura, concentrando adequadamente e articulando eficiência com qualidade e acessibilidade geográfica.

O facto dos critérios de distribuição e rácios de instalações, equipamentos e recursos humanos que servem de suporte à definição das respetivas arquiteturas de rede por especialidade se centrarem nas necessidades das populações, evidencia uma preocupação em garantir o acesso dos utentes, independentemente do contexto geográfico, a todos os prestadores de cuidados de saúde. Ora, esta preocupação vem reforçar a procura de equidade no acesso aos cuidados que a maioria dos entrevistados focou enquanto objetivo político a alcançar.

Por fim, refira-se que um dos entrevistados fez inclusive a seguinte observação quando questionado sobre os principais instrumentos a ter em consideração no âmbito da temática em discussão, o que é demonstrativo da potencial importância destas redes do ponto de vista territorial: *“do ponto de vista territorial, a organização dos serviços de saúde, teoricamente, tem um instrumento: (...) as Redes de Referência, onde se estabelecem as redes de várias patologias. E, pelo menos teoricamente, essas redes estão implantadas onde essas necessidades mais se fazem sentir”*.

A próxima tabela sistematiza as principais mensagens decorrentes da análise efetuada e articula os principais pontos de vista (orientações) dos decisores e ex-decisores entrevistados com as mensagens primordiais que decorrem do instrumento aqui em análise.

Quadro 44: Articulação das principais linhas de orientação: decisores vs. RRH

Domínio de análise	Finalidade das principais linhas de orientação apontadas pelos decisores	Indicações/orientações apresentadas nas RRH
<i>Trade-off equidade/ eficiência e dimensão territorial na saúde</i>	Organização dos cuidados de saúde	<i>Articulação em rede dos prestadores de cuidados de acordo com as especialidades clínicas (com base num conjunto de pressupostos gerais e técnicos)</i> <i>Exploração de complementaridades e concentração de recursos (com base num conjunto de pressupostos gerais e técnicos)</i>
<i>Fatores externos aos cuidados de saúde</i>	Promoção da saúde e prevenção da doença	/
<i>Saúde enquanto atividade exportadora</i>	Desenvolvimento de estratégias para fazer face aos desafios colocados pela Diretiva e pelo turismo de saúde	/
<i>Articulação políticas de saúde/ políticas de base territorial</i>	Coordenação conjunta de políticas e de soluções organizacionais	/

4.2.5. Carta Hospitalar (proposta da Entidade Reguladora da Saúde)

1. Uma breve caracterização

O direito ao acesso aos cuidados de saúde só será garantido em pleno se não se verificarem desigualdades significativas no grau de acesso das populações das diversas regiões. Idealmente, a oferta de cuidados deverá adequar-se, tanto quanto possível, às necessidades concretas de cada região, assegurando um grau de acesso equitativo para todas as populações (Estudo para a Carta Hospitalar, 2012:8)

O Estudo para a Carta Hospitalar, apresentado em Agosto de 2012 pela Entidade Reguladora da Saúde (ERS), surge por solicitação do Ministério da Saúde e na sequência de um trabalho prévio também elaborado pela ERS, em Julho de 2011, sobre a Rede Hospitalar com Financiamento Público com o intuito de identificar situações de inadequação da oferta face à procura potencial, no qual se salientou a necessidade de se elaborar uma Carta Hospitalar que identificasse e traduzisse a rede hospitalar existente.

De uma forma geral, o principal propósito deste estudo consiste em apresentar um modelo de oferta hospitalar tendo em consideração os seguintes pressupostos: i) a defesa do acesso das populações à rede hospitalar em condições equitativas e ajustadas às suas necessidades de cuidados de saúde, ii) a garantia do bom funcionamento da oferta hospitalar, com racionalização de recursos e promoção da qualidade na prestação de cuidados de saúde hospitalares (tendo em conta as vantagens decorrentes da diversidade e do volume da casuística), iii) o atender ao atual paradigma da saúde da população, acompanhando os principais determinantes de saúde das populações e suas tendências, iv) o respeito pelo princípio geral de autossuficiência regional, assumindo-se assim que qualquer rede que determine regras concretas e claras de referenciação e/ou transferência de utentes deve ser elaborada pelas entidades competentes a nível regional, v) a evolução prevista a médio prazo para o grau de mobilidade transfronteiriça no acesso a cuidados de saúde, designadamente no âmbito da implementação da Diretiva Comunitária e vi) a continuação do desenvolvimento das tecnologias de informação e comunicação aplicadas à saúde (designadamente as aplicações à telemedicina e aos procedimentos administrativos de relacionamento entre as unidades de saúde e destas com os utentes).

Em termos da sua estrutura, o estudo efetua um conjunto de análises prévias à apresentação da proposta de modelo de oferta hospitalar. Começa, desde logo, por analisar diversos indicadores epidemiológicos, demográficos, socioeconómicos e financeiros, que são indicativos das necessidades das populações em termos de cuidados de saúde hospitalares. Neste âmbito, do ponto de vista geográfico, foram assinaladas as diferenças regionais ao nível dessas necessidades de cuidados de saúde. Efetua, posteriormente, uma análise da evolução normativa do planeamento hospitalar em Portugal,

mostrando que não existe uma clarificação das tipologias hospitalares que se encontram hoje operacionalizadas, bem como das respetivas áreas de influência. Apresenta, no ponto seguinte, a variação regional para diversas especialidades de alguns indicadores de utilização de serviços hospitalares programados (consultas externas, internamento de agudos e cirurgias programadas). Por fim, identifica a totalidade das unidades hospitalares existentes, com os respetivos níveis hospitalares, áreas de influência e especialidades. Refira-se que metodologicamente o estudo opta por considerar as unidades hospitalares enquanto pontos de oferta, não levando em consideração se as unidades estão ou não integradas em centros hospitalares ou unidades locais de saúde.

Com base neste racional analítico e recorrendo a especialistas convidados conhecedores das realidades de cada uma das regiões de saúde, o modelo proposto assume-se enquanto vetor estratégico e orientador para qualquer evolução futura da rede hospitalar.

Do ponto de vista da tipologia hospitalar, o modelo aponta para a existência de dois tipos hospitalares: os hospitais de primeira linha (a primeira porta de entrada dos utentes nos cuidados hospitalares do SNS) e os hospitais de referência (que, para além de funcionarem como primeira linha relativamente às populações da sua área de influência, procuram responder às situações mais diferenciadas). A esta norma, poderá existir excecionalmente o hospital de proximidade, quando especiais necessidades de cuidados de saúde de proximidade sejam identificados e que os justifiquem (e.g. nas situações em que a acessibilidade geográfica a um hospital de primeira linha seja menos favorável, sendo prestados alguns cuidados em internamento ou ambulatoriais a utentes na fase aguda da doença). Uma outra classificação de tipologia hospitalar é também sugerida no que respeita à especialização das unidades, prevendo-se hospitais gerais (que integram diversas valências) e hospitais especializados (que prestam cuidados de saúde apenas ou especialmente a determinados utentes). Refira-se que todos estes tipos de hospitais devem encontrar-se devidamente ligados e coordenados através de redes de referenciação definidas, por regra, a nível de cada região de saúde.

Foi também efetuada uma proposta ao nível das áreas geográficas de influência, importando destacar os seguintes dois pontos: por um lado, consideram o concelho como unidade geográfica mínima de definição das áreas de influência, simplificando e uniformizando desta forma a definição das áreas e, por outro, impõem como limite máximo admissível em todas as áreas de influência primárias um tempo de deslocação até ao hospital de 90 minutos.

Importa, igualmente, mencionar a referência que é feita no modelo à organização interna dos hospitais, estabelecendo alguns requisitos de funcionamento baseados na perspetiva das necessidades dos

doentes, o que implica a adoção de uma abordagem clínica integrada, com internamentos polivalentes e unidades multidisciplinares integradas.

Aclarados estes critérios gerais do modelo de oferta hospitalar, definiu-se um conjunto de pressupostos técnicos relacionados com as seis especialidades visadas no estudo e que foram identificadas previamente pelo Ministério da Saúde – medicina interna, cirurgia geral, pediatria, obstetrícia, infeciologia e neurologia –, apresentando-se em seguida uma proposta de localização das respetivas unidades ou serviços, tendo em vista a racionalização dos recursos, a obtenção de maior eficiência, uma maior casuística e qualidade, tendo sempre presente o acesso dos utentes aos cuidados.

Convém efetuar dois últimos apontamentos, em jeito de comentário final. Em primeiro lugar, e embora se deva ter presente que se trata apenas de uma proposta em resposta a uma solicitação do Ministério da Saúde, um estudo desta natureza implica um olhar para o panorama global em conjunto com as entidades regionais de saúde (o próprio estudo reconhece-o) e não centrar a discussão em torno das seis especialidades em causa. As mais de quatro dezenas de especialidades existentes e as respetivas especificidades técnicas tornam o processo mais complexo com certamente consequências ao nível das decisões a tomar. Esta articulação com as ARS traria também um conhecimento mais detalhado daquilo que se passa em concreto nas unidades de todo o país, possibilitando a transição de um posicionamento mais estratégico que o exercício contemplou para uma vertente mais operacional e, muito provavelmente, mais exequível (um fator que, curiosamente, o próprio estudo admite). Por outro lado, o estudo centra-se na rede hospitalar com financiamento público, deixando de fora a rede privada. Ora, quando todas as indicações políticas apontam para uma maior complementaridade no sistema nacional de saúde entre prestadores públicos e privados, importa considerar a capacidade total instalada e as potenciais articulações a promover entre estes diferentes prestadores (com eventuais repercussões do ponto de vista da eficiência e da equidade no acesso).

2. A dimensão territorial

Dada a natureza e os objetivos a que se propõe, este estudo apresenta claramente um enfoque territorial, quer do ponto de vista analítico (analisando a distribuição e localização geográfica dos hospitais, bem como a variação regional de um conjunto de indicadores indicativos das necessidades de cuidados de saúde hospitalares), quer do ponto de vista normativo (propondo um modelo geográfico da rede de oferta de serviços hospitalares). Acresce que o próprio estudo faz referência ao facto de ser necessária uma forte complementaridade entre as políticas públicas de saúde e o ordenamento do território, o que representa, à partida, uma mais-valia para promover uma articulação entre os dois domínios de intervenção: *“uma integração de preocupações de ordenamento do território na formulação de políticas de saúde bem sucedida passa por se conseguir um correcto equilíbrio entre uma distribuição regional de recursos, que garanta*

um conjunto de condicionantes e incentivos positivos à geração de bem-estar para as populações (em sentido lato), e a eficiência global na aplicação dos recursos disponíveis no sector da saúde” (Estudo para a Carta Hospitalar, 2012:4).

Na procura da referida maior articulação entre as políticas de saúde e o ordenamento do território, o estudo dedica inclusive uma pequena subsecção a esta questão. Aqui, as principais mensagens são as seguintes:

- O conceito de *saúde em todas as políticas* é fundamental para o planeamento da rede hospitalar, na medida em que induz uma articulação intersectorial e interinstitucional;
- A formulação das políticas de saúde que promovam a equidade territorial ao nível do acesso aos cuidados de saúde deve harmonizar-se com as estratégias delineadas no âmbito do ordenamento do território (lógica de relacionamento bidirecional);
- Um planeamento estratégico de âmbito regional, que promova este relacionamento bidirecional poderá mais facilmente levar em consideração as realidades específicas de cada região e prever com maior precisão os impactos aludidos.

Nesta análise sobre a forma como a dimensão territorial se encontra espelhada na proposta da Carta Hospitalar, importa efetuar duas observações. A primeira observação incide nos próprios propósitos do estudo: ao centrar-se exclusivamente na rede hospitalar, propondo a redução e concentração de serviços hospitalares (sobretudo em locais mais periféricos), e ao não incluir a sua articulação com os cuidados de saúde primários e cuidados continuados, não antevê, do ponto de vista do planeamento estratégico da rede de equipamentos de saúde, as repercussões que daí poderão ocasionar para as diferentes tipologias territoriais. A complexidade seria outra, sem dúvida, mas só assim se poderia caminhar no sentido da integração e da continuidade de cuidados de uma forma globalmente planeada.

A segunda observação decorre, precisamente, da ideia de *saúde em todas as políticas* e da necessidade de se promover uma articulação biunívoca entre as políticas de saúde e o ordenamento do território. Ao partir-se do pressuposto de que a saúde das populações não é apenas o resultado da atividade do sector da saúde, mas é também determinada por outros fatores (socioeconómicos, estilos de vida de cada indivíduo e ambiente que o rodeia), deve ter-se subjacente que qualquer decisão ao nível do encerramento de cuidados hospitalares precisa de levar em consideração as políticas definidas no âmbito do ordenamento do território do ponto de vista da mobilidade e acessibilidade, do ambiente urbano, da potencial articulação entre diferentes equipamentos num mesmo território (equipamentos sociais e de saúde, por exemplo), com ganhos em economias de escala e gama, e ainda numa ótica de desenvolvimento regional (quais os territórios com maiores potencialidades/necessidades de desenvolvimento e que, por isso, importa promover a manutenção/construção de serviços?).

3. A relação com a perspectiva dos decisores políticos

A necessidade de efetuar (e, de alguma forma, continuar com algumas das) reformas no âmbito de políticas de saúde ao nível hospitalar, seja em relação aos modelos de gestão e administração hospitalar, à organização dos hospitais em rede e hierarquizados ou à concentração e racionalização de recursos, foi sublinhada diversas vezes no decorrer das entrevistas. Foi neste contexto que alguns dos protagonistas auscultados mencionaram a Carta Hospitalar enquanto potencial instrumento de referência do ponto de vista da organização territorial dos serviços de saúde. Potencial porque se trata ainda e apenas de uma proposta, sobre a qual se desconhecem os próximos passos do governo, isto é, se avança com a Carta tal como é proposta, se a modifica ou se pura e simplesmente fica por concretizar. E, neste sentido, mais do que o modelo em particular que propõe, do seu reduzido alcance (seis especialidades) ou ainda da não articulação com outras tipologias de cuidados, o estudo foi mencionado essencialmente pelo seu potencial e pela mais-valia que pode trazer para a reorganização hospitalar.

De facto, os propósitos do estudo articulam-se, em certa medida, com algumas das preocupações manifestadas por uma larga maioria dos decisores e ex-decisores entrevistados: dada a excessiva oferta de cuidados hospitalares há que adequar a oferta à procura, maximizando a especialização e a variedade através da concentração por razões de eficiência e qualidade. No entanto, ao nível operacional, o estudo avança com critérios técnicos (e.g. de acessibilidade e áreas de influência) que os entrevistados não aprofundaram. Refira-se, aliás, que muitos dos entrevistados frisaram que, embora as questões técnicas sejam importantes, as decisões são sempre de natureza política e que, por isso, devem atender às particularidades de cada território em concreto.

Passando dos propósitos do estudo para os pressupostos gerais que balizam o quadro metodológico da Carta proposta, é possível encontrar outras duas questões que se interligam com as linhas de orientação desenhadas pelos protagonistas auscultados. A primeira questão concerne a implementação da Diretiva sobre os Cuidados de Saúde Transfronteiriços. Assinalando que a população residente em regiões próximas da fronteira e com reduzida acessibilidade aos cuidados hospitalares poderá passar a recorrer (mais) a cuidados de saúde hospitalares em Espanha, o estudo refere que este é um pressuposto que deve ser levado em consideração no esforço de reformulação da rede hospitalar pública, reportando-se, para tal, a um estudo que a própria ERS efetuou previamente, designado “Análise do Impacto da Directiva 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9 de Março de 2011, relativa ao Exercício dos Direitos dos Doentes em Matéria de Cuidados de Saúde Transfronteiriços sobre o Sistema de Saúde Português”.

A segunda questão relaciona-se com a articulação que deve existir entre as políticas de saúde e o ordenamento do território. A menção da importância da ideia de *saúde em todas as políticas*, por um lado, e da necessidade de promover a coordenação conjunta de políticas entre estes dois domínios de intervenção, por outro, segue de perto uma das preocupações mencionadas pelos entrevistados no que se refere aos processos de governança na saúde. Fica por esclarecer, contudo, quais os reais/efetivos impactos da inclusão destas preocupações no modelo proposto.

A próxima tabela sistematiza as principais mensagens decorrentes da análise efetuada.

Quadro 45: Articulação das principais linhas de orientação: decisores vs. Carta Hospitalar

Domínio de análise	Finalidade das principais linhas de orientação apontadas pelos decisores	Indicações/orientações apresentadas na Carta Hospitalar
<i>Trade-off equidade/ eficiência e dimensão territorial na saúde</i>	Organização dos cuidados de saúde	<i>Reorganização e racionalização da rede hospitalar (com base num conjunto de pressupostos gerais e técnicos)</i>
<i>Fatores externos aos cuidados de saúde</i>	Promoção da saúde e prevenção da doença	/
<i>Saúde enquanto atividade exportadora</i>	Desenvolvimento de estratégias para fazer face aos desafios colocados pela Diretiva e pelo turismo de saúde	<i>Maior mobilidade transfronteiriça no acesso a cuidados de saúde (com maior recurso a cuidados de saúde hospitalares em Espanha para determinada população)¹¹³</i>
<i>Articulação políticas de saúde/ políticas de base territorial</i>	Coordenação conjunta de políticas e de soluções organizacionais	<i>Integração de preocupações de ordenamento do território na formulação de políticas de saúde</i> <i>Promoção da ideia de saúde em todas as políticas</i>

¹¹³ Refira-se que esta questão é uma indicação do ponto de vista analítico que pode ter implicações na proposta apresentada pela Carta Hospitalar, mas não é uma orientação estratégica propriamente dita.

4.2.6. Plano Regional de Saúde

1. Uma breve caracterização

“Com o duplo objectivo de ter um documento estrategicamente orientador, identificando as grandes linhas de intervenção e objectivos estratégicos, e um instrumento de trabalho a utilizar pelos serviços de saúde, a Administração Regional de Saúde do Alentejo elaborou o Plano Regional de Saúde 2011-2016” (PRS Alentejo 2011-2016, 2011:6)

O planeamento da saúde ao nível regional faz parte da incumbência das ARS. Os Planos Regionais de Saúde (PRS) constituem o instrumento estratégico por natureza que, pelo menos do ponto de vista das intenções, procura definir as grandes linhas de intervenção para cada região.

Apesar destas preocupações não serem totalmente recentes, o reconhecimento de que as disparidades regionais persistem no que respeita à saúde conduziu a que durante os preparativos do atual PNS 2012-2016 se sublinhasse a importância de se elaborarem PRS em articulação com as orientações nacionais¹¹⁴. A ideia consistia em que cada ARS identificasse os problemas específicos da sua região de forma que as orientações do PNS não fossem simétricas para todo o país. Contudo, até à data, nem todas as regiões possuem um PRS publicado, estando apenas concluídos os planos da Região Autónoma da Madeira (2004-2010), da Região Autónoma dos Açores (2009-2012), do Norte (2009-2010) e do Alentejo (2011-2017).

De uma forma geral, estes instrumentos assentam nas principais necessidades de saúde de cada região, nas prioridades e orientações estratégicas definidas pelo PNS e, ainda, em prioridades e orientações estratégicas definidas em alguns documentos europeus. No entanto, a estrutura e o alcance dos documentos disponíveis difere de plano para plano.

No que concerne o PRS do Norte (2009-2010), importa desde logo sublinhar a sua natureza *pedagógica*, mostrando uma particular preocupação em explicar os propósitos do plano e a sua utilidade para a região. A título de exemplo, refere que este instrumento é fulcral para definir as principais necessidades de saúde da região, definir as mudanças que, desejavelmente, deverão ocorrer, em termos da melhoria do estado de saúde da população, ajudar os serviços de saúde da região a orientar o planeamento da sua intervenção, quer a nível regional, quer a nível local, facilitar a definição conjunta do papel dos cidadãos e dos diversos sectores da sociedade (e da sua coparticipação no processo de mudança) e, ainda, ajudar a fazer as melhores escolhas (ou seja, as que são mais eficientes e oportunas). Por outro lado, também refere o que o plano não é: um instrumento de monitorização do estado de saúde ou de

¹¹⁴ ACS (2010) PNS 2011-2012: Relatório Síntese das Actividades Desenvolvidas. Alto Comissariado da Saúde, Julho.

diagnóstico da situação de saúde da população da região, um instrumento de monitorização/avaliação dos programas de saúde em curso na região, um *inventário* de todas as necessidades/problemas de saúde da região (isto é, há que hierarquizar as necessidades), um *substituto* do planeamento local e, finalmente, um documento acabado (reconhecendo, por isso, que planeamento em saúde é um processo dinâmico).

Ao nível da informação que disponibiliza, o plano foca-se na identificação das principais necessidades em saúde na região e na apresentação das metas que pretende alcançar durante a vigência do plano no âmbito da mortalidade, da morbilidade e dos determinantes da saúde/fatores de risco. Do ponto de vista metodológico, estas metas foram definidas com base em indicadores de referência (e.g. PNS), em técnicas prospetivas (recurso a métodos de projeção estatísticos) e na consulta de peritos. Refira-se que, curiosamente, não são definidas orientações estratégicas sobre ações a desenvolver no sentido de alcançar as metas delineadas.

Importa mencionar que se encontra, atualmente, em elaboração o substituto desse plano, o PRS do Norte (2013-2016). Para tal, foi já iniciado o processo de identificação e hierarquização das necessidades de saúde da população que apoiará a construção desse plano, estando já publicado o documento *PRS do Norte (2013-2016): Necessidades Técnicas de Saúde*.

Já no que respeita ao PRS do Alentejo (2011-2017), este também traça o perfil de saúde da região (porventura em menor profundidade que o do Norte), mas acrescenta-lhe um diagnóstico dos recursos e serviços de saúde disponíveis. Tendo como ponto de partida as características específicas e diferenciadoras da Região, bem como as prioridades nacionais definidas no PNS 2012-2016, foram definidas as necessidades em saúde na região e os objetivos, os indicadores e as metas a alcançar até 2017. Definidas estas questões, foram então apresentadas as estratégias e as ações que permitam responder às áreas prioritárias identificadas. A título de exemplo, surgem aqui intervenções que passam pela capacitação dos utentes para melhor conhecimento sobre a sua situação (ex. divulgação do rastreio de cancro), pela definição e implementação de Rede de Referência Oncológica Regional (envolvendo cuidados de saúde primários, hospitais e cuidados continuados integrados), pela elaboração de um manual de boas práticas clínicas e organizacionais por patologia, pela sensibilização/formação de profissionais de saúde, nomeadamente dos cuidados de saúde primários, para a necessidade de vigilância da situações de risco e pré-obesidade, bem como na observação dos critérios de referência para consulta hospitalar, pelo reforço da ação dos cuidados primários (integrada com os hospitais, com o desenvolvimento de uma atuação estruturada e multidisciplinar), pela criação de programas regionais promotores de estilos de vida saudável e pelo envolvimento de várias entidades da comunidade (e.g. autarquias, escolas, IPSS, ONG, comunicação social) nos

programas de promoção da saúde e de prevenção da doença (prevendo-se, inclusive, a elaboração de manuais de colaboração). Por fim, é estabelecido um programa de monitorização e avaliação, bem como um plano de comunicação, divulgação e participação (posicionando, assim, o PRS 2011-2016 *“como instrumento estratégico de atuação para todas as instituições com responsabilidades na área da saúde”*).

O PRS da Região Autónoma dos Açores (2009-2012) assemelha-se ao do Alentejo, mas incidindo mais na análise das necessidades em saúde da região e menos quer no diagnóstico dos recursos e serviços de saúde disponíveis quer nas estratégias e ações a desenvolver. Ainda assim, importa destacar a particular relevância que atribui à articulação intersectorial e interinstitucional, referindo inclusive para o efeito: *“o presente documento pretende ser estrategicamente orientador, tendo em vista políticas intersectoriais concertadas, com a desejável cooperação interdepartamental, para potenciar as sinergias existentes, por um lado, e o maior impacto global possível, na melhoria da saúde dos açorianos, por outro. (...) O reconhecimento de que importantes determinantes de saúde não são influenciados apenas por intervenções específicas na área da saúde torna necessária uma acção coordenada ao nível de outras áreas como a agricultura, ambiente, a protecção social ou até mesmo a economia”*.

Por fim, o PRS da Região Autónoma da Madeira (2004-2010), o mais antigo destes PRS, estrutura-se de uma forma distinta dos planos acima mencionados. Após uma caracterização do ambiente social e económico da região, debruça-se sobre sete tópicos – envelhecimento da população, estilos de vida saudáveis, problemas de saúde prioritários, utilização de medicamentos, qualidade nos serviços de saúde e satisfação dos utentes, saúde pública e sistemas de informação – para os quais caracteriza a situação, define os objetivos a alcançar e apresenta as respetivas intervenções estratégicas (ainda que de carácter mais genérico que os planos do Norte e da Região Autónoma dos Açores).

2. A dimensão territorial

A análise dos quatro PRS permitiu obter uma visão abrangente sobre como se tem pautado o planeamento estratégico da saúde a nível regional em Portugal através destes instrumentos e, paralelamente, aferir como a dimensão territorial foi considerada.

A primeira observação vai para a preocupação que todos expressam em efetuar um diagnóstico das necessidades de saúde da população da região em causa. O levantamento dessas necessidades – expressas como “a diferença entre aquilo que existe e aquilo que deveria existir”, como refere explicitamente o PRS do Norte (2009-2010) –, comparando a situação regional com, particularmente, as metas e prioridades definidas no PNS, permitiu perceber as assimetrias existentes num conjunto de indicadores referentes à mortalidade, morbilidade e determinantes de saúde e, consequentemente, hierarquizar as principais áreas de intervenção. Não deixa de ser curioso o facto de em nenhum dos

casos estar disponível qualquer mapeamento ilustrador das assimetrias geográficas observadas para os indicadores analisados.

Porque os resultados de saúde dependem, também, do acesso aos cuidados de saúde, a segunda observação vai para o diagnóstico dos recursos e serviços de saúde disponíveis que estes planos apresentam, embora só no caso do PRS do Alentejo (2011-2017) se observe uma análise com alguma profundidade. No caso deste plano, e para esta questão em particular, já é possível observar-se um mapa da região, embora seja meramente indicativo das áreas de influência dos ACES.

Do ponto de vista temático, importa sublinhar dois pontos. Ao nível das questões de equidade e acesso, é verdade que estas são mencionadas enquanto preocupações a levar em consideração na obtenção de ganhos em saúde nas regiões. Porém, não só os instrumentos não se centram nestas questões de forma particular, como também não há uma menção específica a grupos e territórios menos desenvolvidos ou remotos, embora seja de realçar o facto de um dos planos, o PRS da Região Autónoma da Madeira (2004-2010), atribuir especial importância à questão do envelhecimento demográfico. A questão da sustentabilidade do sistema de saúde é, de igual modo, focada, embora sem perder de vista a satisfação das necessidades da população e a qualidade dos serviços. Contudo, apesar de reconhecida a necessidade de maior eficiência na utilização de recursos, esta questão não é alvo de um enfoque específico, ficando também sem se perceber as respetivas consequências territoriais.

Ao nível das estratégias propostas, embora a amplitude e a natureza destas variem de plano para plano, convém fazer referência a três tópicos. Em primeiro lugar, a importância que atribuem à articulação de cuidados de saúde (primários, hospitalares e continuados) e ao reforço da ação dos cuidados primários. Em segundo lugar, a aposta que fazem na cidadania, enquanto vetor de promoção da participação do cidadão nos processos de tomada de decisão em saúde e de corresponsabilização do cidadão perante a sua saúde individual e perante cada Sistema Regional de Saúde, incluindo-se aqui a promoção de estilos de vida saudáveis. Por fim, em terceiro lugar, o interesse que demonstram em promover uma articulação interinstitucional e intersectorial na obtenção de maiores ganhos em saúde, ainda que a ênfase ao nível das estratégias e das ações propostas incida no domínio da educação.

3. A relação com a perspectiva dos decisores políticos

Independentemente das críticas efetuadas pelos decisores e ex-decisores entrevistados no âmbito desta investigação científica no que respeita aos PRS, estes foram reconhecidos como os instrumentos que (potencialmente) mais se adequavam à definição das necessidades de cada região e ao respetivo planeamento dos serviços de saúde e da afetação de recursos (em articulação com as orientações nacionais, designadamente através do PNS).

O estudo dos PRS acima mencionados mostra os poucos documentos que estão publicados e que há alguma discricionariedade na forma como cada ARS desenvolve e apresenta o seu plano regional, o que de algum modo vem reforçar algumas das observações efetuadas pelos entrevistados. É verdade que em todos os casos verifica-se o levantamento das necessidades de saúde para a população da região em causa, bem como as metas (indicadores) a alcançar no período de vigência do plano, por sua vez dirigidas particularmente para um conjunto de patologias consideradas mais prementes. Mas nem todos definem um quadro de orientação estratégico sobre qual o caminho a percorrer e como intervir para se atingirem as respetivas metas. E para os que o definem, o grau de profundidade e as dimensões consideradas variam consideravelmente.

Dito isto, as observações que se seguem representam um panorama global das estratégias incluídas nos documentos analisados, não levando em consideração as diferenças existentes entre os mesmos.

Ao nível da oferta de cuidados de saúde, são várias as orientações propostas que encontram eco nas preocupações levantadas pelos protagonistas auscultados neste processo:

- Fomentar a integração de cuidados de saúde (primários, hospitalares e continuados) e rentabilizar a capacidade instalada ao nível regional, numa lógica de promoção da eficiência e da proximidade na prestação dos cuidados;
- Reestruturar os cuidados hospitalares, numa lógica de funcionalidade, de garantia de competência e de capacidade, com reforço da articulação inter-hospitalar;
- Reforçar a ação dos cuidados primários, de forma integrada com os hospitais e com o desenvolvimento de uma atuação estruturada e multidisciplinar;
- Apostar na telemedicina, quer por uma questão de eficiência, quer por motivos de equidade de acesso.

Importa realçar que, no contexto das orientações definidas, é sublinhada a importância de se desenvolverem sistemas de informação de apoio à decisão por forma a definirem-se as estratégias mais prioritárias e tomarem-se as deliberações mais corretas. Inclui-se aqui a normalização dos conceitos ligados à definição, registo e recolha de dados necessários à informação e gestão em saúde, bem como a recolha de informação respeitante à gestão económico-financeira dos diferentes serviços de saúde, à satisfação dos profissionais de saúde e dos utilizadores dos serviços de saúde.

Outros fatores de natureza mais ampla sublinhados pelos entrevistados encontram-se igualmente espelhados nestes instrumentos. Ganha aqui preponderância, por um lado, a necessidade de se capacitar o utente para melhor conhecimento sobre a sua situação clínica e, por outro, a importância de sensibilizar (e formar) profissionais de saúde, nomeadamente dos cuidados de saúde primários, para a

necessidade de vigilância de situações de risco e pré-obesidade, bem como na observação dos critérios de referenciação para consulta hospitalar e no apoio e cuidados a pessoas idosas.

A estes fatores juntam-se as orientações com vista à promoção de estilos de vida saudável, que incluem a criação de programas regionais para a saúde na comunidade e para uma vida ativa e a elaboração de manuais para, por exemplo, uma alimentação saudável. Neste contexto de promoção da saúde e prevenção da doença, é sublinhada a importância de se efetivarem articulações com outras áreas de intervenção (com particular relevo para a educação escolar) e proposto o envolvimento de várias entidades da comunidade (e.g. autarquias, escolas, IPSS, ONG, comunicação social), prevendo-se, em alguns casos, a elaboração de manuais de colaboração.

Seguindo a lógica encetada na observação dos outros instrumentos, apresenta de seguida uma tabela que sistematiza as principais mensagens decorrentes da análise aqui efetuada.

Quadro 46: Articulação das principais linhas de orientação: decisores vs. PRS

Domínio de análise	Finalidade das principais linhas de orientação apontadas pelos decisores	Indicações/orientações apresentadas nos PRS
<i>Trade-off equidade/ eficiência e dimensão territorial na saúde</i>	Organização dos cuidados de saúde	<i>Coordenação dos diferentes tipos de cuidados de saúde e rentabilização da capacidade instalada</i> <i>Reestruturação dos cuidados hospitalares, numa lógica de funcionalidade, de garantia de competência e de capacidade, com reforço da articulação inter-hospitalar</i> <i>Reforço da ação dos cuidados primários, de forma integrada com os hospitais e com o desenvolvimento de uma atuação estruturada e multidisciplinar</i>
<i>Fatores externos aos cuidados de saúde</i>	Promoção da saúde e prevenção da doença	<i>Capacitação do utente para melhor conhecimento sobre a sua situação clínica</i> <i>Sensibilização (e formação) de profissionais de saúde, nomeadamente dos cuidados de saúde primários</i>
<i>Saúde enquanto atividade exportadora</i>	Desenvolvimento de estratégias para fazer face aos desafios colocados pela Diretiva e pelo turismo de saúde	/
<i>Articulação políticas de saúde/ políticas de base territorial</i>	Coordenação conjunta de políticas e de soluções organizacionais	<i>Articulação institucional e sectorial (designadamente no desenvolvimento de programas de promoção de estilos de vida saudável)</i> <i>Sensibilização e formação dos profissionais de saúde em determinadas áreas de intervenção</i>

4.3. Uma visão de conjunto

O percurso investigativo conduzido neste capítulo teve como finalidade obter um conhecimento mais profundo dos principais instrumentos de saúde que, na opinião dos decisores e ex-decisores auscultados, têm maior relevância no domínio das políticas de saúde e, consequentemente, mais influenciam (ou podem influenciar) a implementação dessas mesmas políticas. Este esforço traduziu-se numa análise detalhada (do ponto de vista documental) do Programa do XIX Governo Constitucional e das Grandes Opções do Plano 2012-2015, do Memorando de Entendimento sobre as Condicionalidades de Política Económica, do Plano Nacional de Saúde 2012-2016, das Redes de Referenciação Hospitalar, da Carta Hospitalar (proposta da ERS) e dos Planos Regionais de Saúde (designadamente os planos da Região Autónoma da Madeira 2004-2010, da Região Autónoma dos Açores 2009-2012, do Norte 2009-2010 e do Alentejo 2011-2017).

A análise documental efetuada possibilitou, desde logo, contextualizar o propósito de cada instrumento e consolidar o conhecimento sobre o que está a ser proposto para o sistema de saúde português. É certo que cada instrumento patenteia especificidades inerentes à sua natureza e alcance, mas não é menos verdade que todos eles apresentam, em maior ou menor escala, orientações estratégicas e propostas no domínio da saúde: o Programa do Governo/GOP e o Memorando de Entendimento revelam-se de carácter político e de estratégia governativa, indicando apenas orientações genéricas para o sector da saúde; o PNS apresenta-se com carácter estratégico e programático, auto intitulado-se o instrumento de referência para a saúde a nível nacional; as RRH e a Carta Hospitalar incidem essencialmente no planeamento e organização dos cuidados hospitalares, avançando com critérios normativos específicos; os PRS com potencialidades para serem o braço descentralizado e territorialmente desconcentrado do PNS, com análise das necessidades em saúde e estratégias de intervenção política e técnica a nível regional.

O estudo permitiu, igualmente, identificar a forma como a dimensão territorial é considerada neste universo de instrumentos. Perspetivar as potencialidades da incorporação da dimensão territorial (em geral) e do princípio de coesão territorial (em particular) nos processos de tomada de decisão no âmbito das políticas de saúde implica ter uma noção exata sobre como os principais instrumentos programáticos pautam esta articulação saúde/território.

A leitura transversal dos instrumentos analisados sugere que as estratégias aí definidas para a saúde consideram a dimensão territorial, ainda que umas vezes só implicitamente e outras com pouco grau de detalhe. Em primeiro lugar, denotam uma preocupação com a cobertura geográfica e a acessibilidade aos cuidados de saúde, seja numa ótica de garantir uma difusão dos cuidados de saúde primários para proporcionar uma maior proximidade às populações, seja com o intuito de reforçar a concentração de

serviços hospitalares ou inclusive com o propósito de reorganizar (numa lógica sinérgica) os cuidados primários, hospitalares e continuados. Em segundo lugar, reforçam a importância das estratégias com vista à promoção da saúde e da influência do meio ambiente na saúde das populações, o que implica ter em consideração aspetos como a educação, o ambiente e o espaço urbano, entre outros, na definição de estratégias da saúde. Em terceiro lugar, valorizam as estruturas institucionais multiníveis (ideia de coordenação vertical), assumindo a escala regional um papel de relevo para a definição das suas opções estratégicas adaptadas ao respetivo contexto territorial, e estimulam a participação de outros agentes nos processos de tomada de decisão em saúde (ideia de coordenação horizontal), o que significa reconhecer que a saúde não deve estar *fechada em si mesma* do ponto de vista dos mecanismos de governança.

Ao invés, a tradução espacial, quer das análises que apresentam, quer do ponto de vista das orientações estratégicas delineadas, útil para verificar as disparidades geográficas existentes em vários indicadores de saúde e aferir a acessibilidade aos serviços de saúde, é muito pouco explorada: nos três instrumentos onde o mapeamento ocorre, só na proposta da Carta Hospitalar é que se verifica um maior grau de detalhe e somente ao nível da localização geográfica dos hospitais.

Trata-se, portanto, de quatro vertentes analíticas – *cobertura e acessibilidade geográfica, promoção da saúde, governança (coordenação horizontal e vertical) e mapeamento espacial (serviços de saúde e perfil da população)* – em que é possível observar-se, ainda que com níveis de detalhe diferentes, a dimensão territorial imbuída nas orientações estratégicas dos instrumentos em causa. A próxima tabela procura mostrar isso mesmo de forma simples e esquemática.

Quadro 47: A dimensão territorial nos instrumentos programáticos

	Prog. do Gov. /GOP	Memorando da <i>troika</i>	PNS	RRH	Carta Hospitalar	PRS
Cobertura e acesso geográfico	x	x	x	x	x	x
Promoção da saúde	x		x			x
Coordenação horizontal	x		x		x	x
Coordenação vertical	x		x		x	x
Mapeamento (serviços de saúde)				x	x	x
Mapeamento (perfil da população)						

Uma leitura da tabela permite afirmar que o território, ainda que implicitamente em certas ocasiões, é uma dimensão que está presente nos instrumentos de saúde ao nível dos domínios acima referidos. E

mostra também que o mapeamento dos serviços de saúde está associado à especificidade do instrumento.

Contudo, importa também refletir sobre o que fica ausente destes instrumentos do ponto de vista da relação saúde/território. Em primeiro lugar, embora haja indicações gerais para a necessidade de estimular uma articulação intersectorial, advogando-se inclusive a ideia de *saúde em todas as políticas*, a componente do ordenamento do território é, na maioria das ocasiões, parcamente mencionada, recaindo a preferência relacional com o sector da educação. Mesmo quando se incide na ideia de políticas saudáveis, reconhecendo-se o impacto que o meio ambiente pode produzir na saúde das populações, as referências incidem predominantemente no sector ambiental. Por outro lado, em nenhum dos casos é feita qualquer referência a orientações que estejam a ser desenvolvidas ao nível do ordenamento do território de forma a articular o planeamento da saúde com as opções de desenvolvimento de base territorial e, consequentemente, a responder a desafios mais vastos que a sociedade contemporânea coloca, em que se alia o combate às assimetrias sociais, económicas e territoriais à valorização das especificidades locais e respetivos recursos endógenos.

Na verdade, o documento de análise especializada sobre o ordenamento do território que foi elaborado no âmbito do PNS 2012-2016 procura traduzir uma preocupação mais vinculada com conceitos e políticas de base territorial, isto é, introduz na agenda da saúde um conjunto de desafios acrescidos ao modo como as políticas de saúde são pensadas e implementadas, explorando a forma como estas duas áreas se podem articular de forma a assegurar um desenvolvimento mais equitativo e eficiente. No entanto, se interessa enriquecer o conhecimento sobre esta potencial articulação, importa também garantir que tais contributos não deixem de ser refletidos no instrumento estratégico em causa. E, de facto, estas considerações não obtiverem eco no PNS, perdendo-se aqui uma oportunidade, até do ponto de vista pedagógico, para paulatinamente se contribuir para uma alteração de quadros mentais e das próprias agendas e práticas no domínio da saúde no que respeita à dimensão territorial.

Os comentários efetuados significam assumir que estes instrumentos podem (e devem) constituir processos coletivos de construção social. E, na realidade, mais do que o conteúdo documental, importa aqui realçar a importância que o processo de elaboração do PNS teve: um processo contínuo e evolutivo, que resultou também da aprendizagem da elaboração do PNS 2004-2010, e acompanhado pela produção de vários documentos sectoriais (com maior ou menor influência posteriormente no próprio plano), valorizando a vertente estratégica e procurando constituir-se enquanto quadro de referência para a política de saúde em Portugal e veículo de articulação entre diferentes domínios políticos e escalas territoriais, de forma a garantir uma maior coordenação de políticas e intervenções. E pensar o planeamento da saúde de forma a articular diferentes escalas e áreas de intervenção

pressupõe considerar que a dimensão territorial ganha preponderância e é parte de um sistema de governança com diferentes níveis de coordenação vertical e horizontal.

A natureza dos PRS confere-lhes a mesma importância que o PNS ao nível do processo. É certo que ainda poucos estão publicados e que há alguma discrepância entre os planos regionais do ponto de vista do detalhe e alcance das linhas de orientação definidas, o que em parte é demonstrativo da falta de orientações neste sentido por parte das entidades governativas e da Administração Central. Também é verdade que a área do ordenamento do território não está explicitamente vinculada nestes planos, revelando pouca consciência/sensibilidade sobre as potencialidades que podem advir da relação saúde/território. Mas, do ponto de vista processual, a sua análise documental evidencia que estão previstos mecanismos de disseminação dos planos junto da população e que houve uma preocupação geral em envolver diversos agentes durante o próprio período de elaboração dos mesmos. Tal significa que há um cuidado em, não só dar a conhecer os resultados e as estratégias destes instrumentos, mas simultaneamente mobilizar e proporcionar meios para participar na sua construção. Convém, ainda, realçar o facto de em diversas situações ser apontada a necessidade de se desenvolverem sistemas de informação e mecanismos de recolha de informação forçosamente robustos e abrangentes para se efetuarem análises mais sólidas dos perfis das necessidades em saúde das populações e dos serviços de saúde e, consequentemente, tomarem-se decisões mais fidedignas. Este facto foi observado designadamente na análise dos PRS, o que é ainda mais revelador da carência de informação que existe, já que se trata de instrumentos de maior proximidade ao cidadão, e que parcialmente pode justificar o reduzido mapeamento espacial apresentado.

Comentada a forma como a dimensão territorial se encontra espelhada nos instrumentos de política analisados, interessa agora refletir e comentar sobre como os principais objetivos de política proferidos pelos decisores e ex-decisores entrevistados se encontram refletidos nas orientações que emanam desses mesmos instrumentos. Como se pôde constatar nas secções anteriores, a forma adotada no contexto da análise de cada instrumento, para proporcionar uma visão simples e esquemática de tal interligação, consistiu no desenho de quadros que integrassem as linhas de orientação dos instrumentos nos quatro domínios de intervenção sobre os quais os decisores e ex-decisores de políticas de saúde se debruçaram: *trade-off equidade/eficiência e dimensão territorial na saúde, fatores externos aos cuidados de saúde, saúde enquanto atividade exportadora e articulação políticas de saúde/políticas de base territorial.*

Seguindo o mesmo raciocínio, também aqui se opta por apresentar um quadro resumo capaz de mostrar uma visão global das principais mensagens que decorrem dos instrumentos analisados, e que estão em articulação com as linhas de orientação apresentadas pelos protagonistas auscultados, e a sua

incidência em cada instrumento. Percebem-se, assim, as áreas de maior incidência e o grau de coerência de orientações entre os próprios instrumentos.

Quadro 48: Visão global da articulação das principais linhas de orientação: decisores vs. Instrumentos programáticos

	Prog. do Gov. /GOP	Memorando da <i>troika</i>	PNS	RRH	Carta Hospitalar	PRS
<i>Trade-off equidade/ eficiência e dimensão territorial na saúde</i>						
Eliminação de assimetrias nos CSP	x	x	x			
Reforço da ação dos CSP	x	x	x			x
Reorganização e Racionalização dos CH	x	x	x	x	x	x
Coordenação dos diferentes tipos de cuidados de saúde		x	x			x
<i>Fatores externos aos cuidados de saúde</i>						
Desenvolvimento de programas integrados de promoção da saúde	x					
Promoção da literacia em saúde, capacitação e participação dos cidadãos			x			x
Sensibilização de agentes						x
<i>Saúde enquanto atividade exportadora</i>						
Desenvolvimento de centros de I&D	x					
Atração de recursos humanos qualificados	x					
Ampliação da capacidade na infraestrutura	x					
<i>Articulação políticas de saúde/ políticas de base territorial</i>						
Articulação sectorial e institucional	x		x		x	x
Articulação de escalas de intervenção			x			
Promoção da ideia de saúde em todas as políticas			x		x	
Sensibilização de agentes			x			x
Avaliação de Impacto na Saúde nos Planos de OT			x			

A observação da tabela anterior permite afirmar que maioria linhas de orientação traçadas pelos entrevistados encontra eco nos instrumentos de política em causa, essencialmente ao nível dos domínios referentes ao *trade-off equidade/eficiência* e, ainda que em menor grau, à *articulação intersectorial* (que, refira-se, não significa necessariamente uma articulação com as políticas de base territorial).

No primeiro caso, resultam preocupações ao nível da equidade no acesso a cuidados de saúde primários, ao nível da eficiência e qualidade na oferta de cuidados hospitalares e, ainda, ao nível de coordenação dos diferentes tipos de cuidados de saúde. No âmbito desta linha de argumentação, fica praticamente ausente dos instrumentos a organização dos cuidados continuados integrados, bem como respostas efetivas para garantir uma discriminação positiva de determinados territórios (e.g. procura de soluções alternativas de acesso).

No segundo caso, ganha relevo a procura de uma articulação interinstitucional, intersectorial e de escalas de intervenção, bem como a ideia de *saúde em todas as políticas*. Embora se trate de uma mensagem importante para a adoção de uma visão mais ampla e multiescalar da saúde, não deixa de ser digno de registo o facto de a área do ordenamento do território ser muito pouco explorada quando comparada com outras, como por exemplo a educação ou o ambiente. Acresce que ficam igualmente de fora questões relacionadas com a procura de soluções organizacionais adequadas e uma prática cultural sistemática na procura de promover relações interinstitucionais e intersectoriais.

A preocupação com *fatores de natureza mais ampla para além dos cuidados de saúde per se* decorre das anteriores, embora apresente um vínculo menos forte de articulação entre as linhas de orientação avançadas pelos entrevistados e os instrumentos analisados. Mesmo assim, permite introduzir questões como o desenvolvimento de programas de promoção da saúde, a capacitação dos cidadãos e o estímulo da sensibilização dos agentes para questões que extravasam os cuidados de saúde *stricto sensu*. Finalmente, a temática da saúde enquanto *sector exportador* praticamente não é explorada, sendo só abordada, ainda que parcialmente, no Programa do Governo e nas GOP. De facto, não deixa de ser curioso o facto de, na generalidade, estes instrumentos não considerarem os serviços de saúde enquanto suporte de determinadas atividades económicas, como por exemplo o turismo, ou mesmo ao nível do aumento de competências em termos de inovação tecnológica. A aproximação da entrada em vigor da Diretiva dos Cuidados de Saúde Transfronteiriços poderia inclusive servir de mote a estas questões, o que permitiria também um maior enquadramento e uma preparação mais adequada aos desafios que ela coloca.

Efetuada estas observações, coloca-se agora a seguinte questão: apresentam estes instrumentos critérios associados aos objetivos de política ou propostas que lançam de forma a auxiliar a sua

operacionalização e a sua monitorização/avaliação? A resposta a esta questão torna-se relevante essencialmente por dois motivos. Em primeiro lugar para, à semelhança do que se efetuou com as linhas de orientação, verificar se os critérios definidos nestes documentos se articulam com os critérios definidos pelos decisores e ex-decisores entrevistados. Esta análise não pode, no entanto, efetuar-se na medida em que os protagonistas entrevistados não avançaram com este nível de detalhe. Mas, por isso mesmo, e em segundo lugar, para perceber que tipo de critérios podem ser adotados no acompanhamento, na aferição e na avaliação dos objetivos de política formulados.

Pelas suas características, os dois instrumentos que incidem essencialmente no planeamento e organização dos cuidados hospitalares avançam com critérios normativos específicos:

- As RRH incidindo sobre as necessidades de saúde por especialidade (com a definição, por exemplo, do número de especialistas por habitante, do número de consultas e de % de internamentos hospitalares, e dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica necessários) e o modelo organizativo de serviços (levando em consideração o quadro médico para assegurar as atividades, as instalações e o equipamento básico necessário de acordo com a área de influência dos prestadores) para estabelecer uma hierarquia e uma rede de complementaridade de cuidados por especialidade;
- A proposta de Carta Hospitalar definindo uma tipologia hospitalar (hospitais de primeira linha vs. hospitais de referência) e o grau de especialização das unidades (hospitais gerais vs. hospitais especializados) tendo em conta nomeadamente as respetivas áreas de influência (considerando o concelho como unidade geográfica mínima e impondo como limite máximo admissível um tempo de deslocação até ao hospital de 90 minutos) e um conjunto de requisitos de funcionamento da organização interna dos hospitais, quer do ponto de vista geral (propondo a adoção de uma abordagem clínica integrada, com internamentos polivalentes e unidades multidisciplinares integradas), quer para cada uma das seis especialidades visadas no estudo, desenvolvidas em conjunto com recurso a peritos.

Quanto ao PNS, importa lembrar que ainda se encontra em fase de construção. Como tal, os capítulos que poderiam dar uma resposta cabal à questão colocada, referentes às ações e recomendações, ainda não estão concluídos na sua plenitude. Apesar de tudo, o plano disponibiliza já um capítulo referente aos indicadores e metas a atingir durante o seu período de vigência que, ainda que parcialmente, poderá fornecer pistas sobre os critérios a adotar. E aqui, os indicadores centram-se, por um lado, na análise do estado de saúde e do desempenho do sistema de saúde e, por outro, no acompanhamento das ações e recomendações (ainda em número reduzido pelos motivos já mencionados). Ora, se para o primeiro caso estão disponíveis indicadores que caracterizam, a título de

exemplo, o ciclo de vida, as patologias e os próprios cuidados de saúde, já para o segundo caso são apresentados alguns indicadores para cada um dos eixos estratégicos:

- *Cidadania*: taxa de crescimento do número de visitas no Portal da Saúde, exposições no sistema SimCidadão, projetos das IPSS financiados e avaliados pelas instituições do MS que incluem ações de promoção da cidadania, instituições de saúde em que 50% dos profissionais tem formação em relação com o doente, comunicação interpessoal e social, humanização dos cuidados e educação para a saúde;
- *Qualidade*: consultas de gravidez no primeiro trimestre nos centros de saúde, amputações do pé diabético por 10.000 habitantes, infeção associada aos cuidados médicos, unidades de saúde acreditadas pelo Departamento da Qualidade do MS, Normas de Orientação Clínica discutidas e aprovadas consensualmente;
- *Equidade e acesso*: esperança de vida e taxas de mortalidade, prevalência de doença crónica, tempo de espera (dias) entre a marcação de consulta nos CSP e a sua realização;
- *Políticas saudáveis*: reuniões da Comissão de Acompanhamento Interministerial do PNS, estudos de avaliação de impacto na saúde de políticas de outros sectores, estratégias de saúde desenvolvidas pelo MS implementadas em parceria com as autarquias.

Uma leitura global destes indicadores permite afirmar que o seu alcance, do ponto de vista territorial, é bastante limitado, especialmente no que respeita aos dois último eixos estratégicos, vindo igualmente reforçar o argumento já apresentado de que o documento de análise especializada sobre o ordenamento do território pouco influenciou o PNS propriamente dito.

Esta questão vem robustecer o argumento de que se torna indispensável garantir componentes de formação e sensibilização, de carácter pedagógico e temático, que estimulem decisores e profissionais a adquirir uma compreensão vasta sobre a importância de se articular a saúde com o ordenamento do território no processo de formulação e implementação de políticas de saúde. Ou seja, importa despertar os agentes a refletir sobre a razão de ser da inclusão da dimensão territorial no domínio da saúde, bem como sobre a forma com esta inclusão se traduz de um ponto de vista mais operacional.

Capítulo 5

ATORES REGIONAIS E LOCAIS: O CASO DA REGIÃO CENTRO

5.1. Introdução

Em que medida os princípios e critérios primordiais utilizados na implementação de políticas de cuidados de saúde ao nível de maior proximidade local consideram a dimensão territorial? Qual a sensibilidade dos atores locais e regionais face à relação cuidados de saúde/território nos processos de tomada de decisão? Como se processam os mecanismos de relação interinstitucional nestas sub-regiões em torno do domínio da saúde?

Os contributos dos dois capítulos anteriores permitiram compreender quais as principais preocupações que estão na génese dos processos de tomada de decisão em saúde e como, neste processo, a dimensão territorial é considerada, quer na perspetiva dos decisores políticos (através da análise discursiva de um conjunto de protagonistas entrevistados), quer na ótica dos instrumentos de política de saúde (através da análise documental dos instrumentos referidos pelos tais protagonistas). Possibilitaram, deste modo, reconhecer a pouca visibilidade (explícita) que a dimensão territorial, na sua multidimensionalidade, apresenta na formulação de políticas de saúde, revelando a parca sensibilidade existente sobre as potencialidades decorrentes de uma forte articulação entre os domínios da saúde e do ordenamento do território.

A necessidade de perceber com maior profundidade a fileira do processo de decisão no domínio das políticas de saúde e a sua relação com a dimensão territorial tornam indispensável acrescentar aos patamares decisório e instrumental um entendimento articulado e integrador do nível operacional. Só assim se poderá obter uma visão conjunta e abrangente dos processos de tomada de decisão em saúde. Por outro lado, as políticas no domínio da saúde e respetiva implementação não são exclusivas dos prestadores de cuidados de saúde. Outros atores desempenham igualmente um papel no sistema da saúde e na procura de obtenção de ganhos em saúde, como aliás se pôde constatar no decorrer das entrevistas conduzidas aos decisores de saúde e na leitura dos instrumentos programáticos de políticas de saúde. Por isso mesmo, à necessidade de perceber com maior profundidade a fileira do processo de

decisão importa também entender a natureza e os mecanismos de articulação (*governança*) entre as principais instituições que são parte integrante dos processos de tomada de decisão em saúde.

Ora, é justamente com este duplo objetivo que se apresenta este capítulo. Procurando responder às questões supra, o estudo centra-se na Região Centro, designadamente em dois contextos territoriais específicos: a sub-região do Baixo Vouga e a sub-região da Beira Interior Sul. Tratando-se de duas áreas geográficas que, embora polarizadas por cidades de média dimensão (Aveiro e Castelo Branco), compreendem dinamismos demográficos e económicos contrastantes, o seu estudo torna-se interessante para compreender, não só como se processam as relações interinstitucionais no domínio da saúde (*mecanismos de governança*), mas também, e agora numa perspetiva comparada, como as particularidades territoriais têm influência nesses mecanismos e se a forma como a dimensão territorial é considerada se observa de maneira distinta.

Para uma melhor perceção dos contextos geográficos em causa, o capítulo começa com um breve enquadramento da Região Centro (em geral) e das sub-regiões do Baixo Vouga e da Beira Interior Sul (em particular), procurando contextualizar estes territórios, quer do ponto de vista socioeconómico, quer ao nível dos cuidados de saúde. De seguida, e seguindo a mesma lógica do terceiro capítulo, apresenta-se os resultados da análise das entrevistas efetuadas a um conjunto de atores locais e regionais em torno de cinco domínios analíticos, cada qual referente a um objetivo em concreto que se pretende alcançar, a saber:

- Princípios fundamentais e dimensão territorial na definição de políticas da saúde;
- *Trade-off* equidade/eficiência e dimensão territorial na saúde;
- Fatores externos aos cuidados de saúde nos processos de tomada de decisão;
- Saúde enquanto atividade exportadora;
- Mecanismos de governança na saúde.

A procura de uma visão gradual de conjunto (*perspetiva dos atores locais e regionais da Região Centro*), por um lado, e comparativa (*Baixo Vouga vs. Beira Interior Sul; nível decisório vs. nível operacional*), por outro, determinou, também à semelhança do efetuado para o terceiro capítulo, o desenho de tabelas capazes de sistematizar e tornar mais rápida e acessível a leitura da informação recolhida junto dos entrevistados.

Por outro lado, e sempre que possível, procurou aferir-se se a perspetiva dos atores entrevistados se relaciona, de certa forma, quer com os respetivos percursos académicos, quer com a sua atividade profissional, questões que se julga úteis para compreender a maior ou menor sensibilidade de alguns atores no que respeita à relação das políticas de saúde com a dimensão territorial. A tipologia definida

para a primeira questão foi a seguinte: i) formados na área da saúde, ii) formados em gestão/economia ou com especialização neste domínio e iii) outra formação. No que respeita à atividade profissional, os entrevistados foram agrupados de acordo com a seguinte tipologia: i) atividade exercida em entidades diretamente ligadas à área dos cuidados de saúde (prestadores de cuidados, ARSC e APDH), ii) atividade exercida em entidades com competências no domínio do ordenamento do território e responsáveis pela articulação de políticas para as respetivas áreas de influência (autarquias locais, comunidades intermunicipais e CCDRC) e iii) atividade exercida noutra entidade com influência no domínio da saúde (Escolas Superiores de Saúde e Santas Casas da Misericórdia).

Com base nesta informação, foi possível, no final, traçar com maior exatidão o perfil tipo dos agentes entrevistados, bem como efetuar uma reflexão conjunta dos temas em discussão (ponto 5.4).

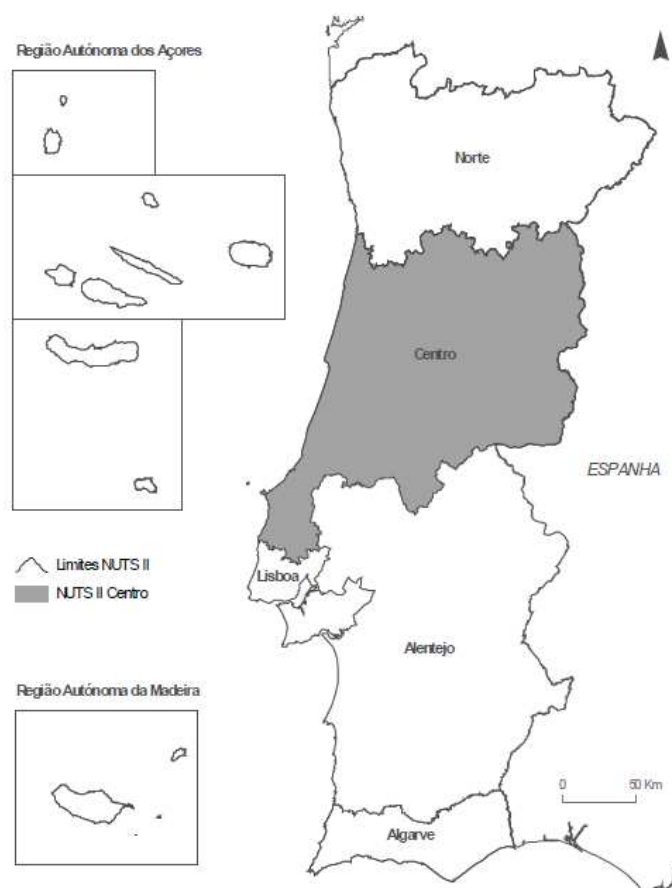
5.2. A região Centro e as Sub-regiões do Baixo Vouga e da Beira Interior Sul: breve caracterização

Este subcapítulo tem por objetivo efetuar um breve retrato da Região Centro (Fig. 9) em termos geográficos e socioeconómicos e contextualizar os territórios dos dois estudos de caso: as sub-regiões do Baixo Vouga e da Beira Interior Sul. Privilegiou-se, para tal, a utilização de alguns indicadores representativos das condições sociais e económicas da região, com particular atenção para o domínio da saúde¹¹⁵.

A Região Centro congrega 100 municípios, distribuídos por 12 sub-regiões NUTS III (Fig. 10), e, de acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE), ocupa uma área equivalente a 31% do território nacional e concentra 22% da população, perfazendo uma reduzida densidade populacional quando comparada com outras regiões. O próximo quadro apresenta uma pequena súmula destes indicadores que retratam a variação da população entre 2001 e 2011. Como é possível observar, a Região Centro e a Região do Alentejo são as únicas que registam uma ligeira diminuição do número de residentes face à década anterior.

O mesmo quadro mostra, ainda, onde as famílias residem face à tipologia das áreas urbanas. Apesar de em todas as regiões se verificar o fenómeno esperado de a maioria dos agregados residir em áreas urbanas, observa-se que a Região Centro é uma das que apresenta os valores relativos mais elevados no que respeita aos agregados residentes em meio rural (27,4%). Há que destacar, também, a prevalência

Fig. 9: A Região Centro de Portugal (NUTS II)

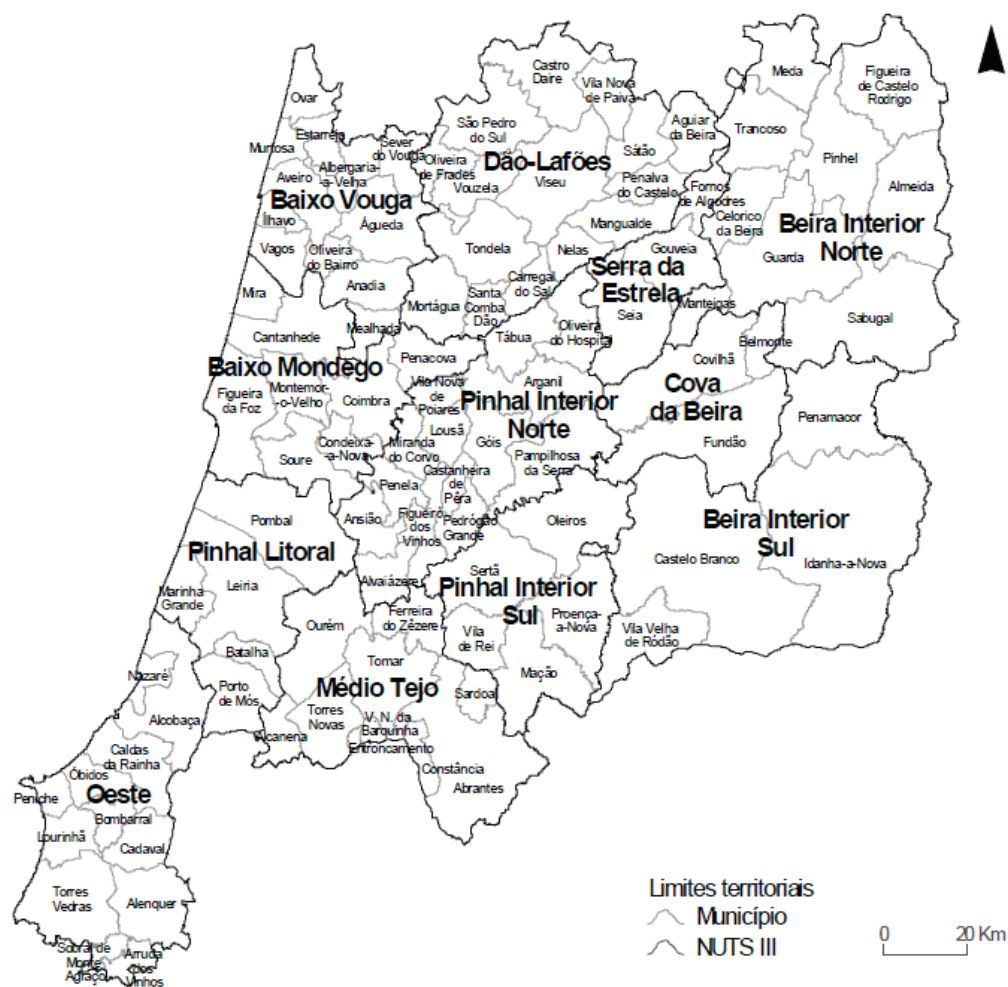


Fonte: Anuário Estatístico da Região Centro 2011 (INE, 2012)

¹¹⁵ Refira-se que a escolha dos indicadores, designadamente no que se refere ao domínio da saúde, foi, de certa forma, condicionada pela disponibilidade da informação estatística para os níveis de análise que se pretendiam.

de idosos nesta região, verificando-se elevados e crescentes índices de envelhecimento e de longevidade quando comparado com a média nacional.

Fig. 10: NUTS III e respetivos concelhos da Região Centro



Fonte: Anuário Estatístico da Região Centro 2011 (INE, 2012)

Quadro 49: Indicadores de população e distribuição por grau de urbanização

(TIPAU) por NUTS II¹¹⁶

Local de residência	População residente		% face à população nacional	Variação da população (%)	Densidade populacional (Nº/Km ²)		Distribuição dos agregados familiares por grau de urbanização (%) (2010/2011)			Índice de envelhecimento		Índice de longevidade	
	2001	2011	2011	(2001-2011)	2001	2011	APU	AMU	APR	2001	2011	2001	2011
Portugal	10356117	10562178		1,98	112,4	114,5	69,8	16,7	13,5	102,6	127,6	42,2	48,6
Continente	9869343	10047621		1,80	110,8	112,8	70,2	16,4	13,4	104,8	130,5	42,2	48,7
Norte	3687293	3689682	35%	0,06	173,2	173,3	69,9	20,0	10,1	80,7	114,1	41,0	47,6
Centro	2348397	2327755	22%	-0,89	83,3	82,5	45,8	26,8	27,4	130,5	160,7	44,2	51,3
Lisboa	2661850	2821876	27%	6,01	898,5	940,0	96,3	x	x	102,4	119,7	40,4	45,6
Alentejo	776585	757302	7%	-2,50	24,6	24,0	48,4	19,0	32,6	163,6	175	43,7	53,2
Algarve	395218	451006	4%	14,14	79,1	90,3	66,5	13,7	19,8	126	125,3	45,0	50,1
RA Açores	241763	246772	2%	2,06	104,1	106,3	42,8	31,3	25,9	60,6	72,3	42,5	46,4
RA Madeira	245011	267785	3%	9,30	312,2	334,3	77,8	15,7	6,5	72,1	87	40,0	46,3

Fonte: Elaboração própria a partir de dados extraídos do INE

Para uma melhor compreensão da Região Centro, apresentam-se alguns destes indicadores para as respetivas sub-regiões NUTS III (Quadro 50). Da sua leitura, verifica-se alguma assimetria entre as sub-regiões do litoral e do interior, apresentando as primeiras, de um modo geral, uma variação positiva da população residente de 2001 para 2011, uma maior densidade populacional e menores índices de envelhecimento e de longevidade quando comparados com a média nacional.

Os casos específicos do Baixo Vouga e da Beira Interior Sul ilustram bem esta dicotomia, com a segunda a apresentar uma dinâmica populacional bem mais recessiva que a primeira, bem como um acentuado envelhecimento populacional. É certo que a realidade observável ao nível interno de cada um destes espaços territoriais não é homogênea (Quadro 51), com os municípios de Aveiro e Ílhavo, de um lado, e Castelo Branco, do outro, a evidenciarem uma dinâmica populacional de um modo geral mais positiva e a posicionarem-se, a este nível, como as principais referências. Mas também é verdade que, ainda assim, a dualidade entre os municípios de ambas as sub-regiões é gritante, na medida em que o que identifica demograficamente os municípios de Idanha-a-Nova, Penamacor e Vila Velha de Ródão é a sua acentuada diminuição de população associada a um elevado envelhecimento populacional, o que coloca a sub-região da Beira Interior Sul, à partida, numa situação mais fragilizada ao nível do desenvolvimento socioeconómico.

¹¹⁶ Descrição de alguns indicadores de acordo com o INE:

- A TIPAU (Tipologia de Áreas Urbanas) é composta por APU (áreas predominantemente urbanas), AMU (áreas mediantemente urbanas) e APR (áreas predominantemente rurais);
- O Índice de Envelhecimento corresponde à relação entre a população jovem e a população idosa, ou seja, IE = (População com 65 ou mais anos / População com menos de 15 anos) * 100;
- O Índice de Longevidade corresponde à relação entre a população mais idosa e a população idosa, ou seja, IL = (População com 75 ou mais anos / População com 65 ou mais anos) * 100.

Quadro 50: Indicadores de população por NUTS III

Local de residência	População residente		% face à população regional	Variação da população (%)	Densidade populacional (Nº/Km 2)		Índice de envelhecimento		Índice de longevidade	
	2001	2011	2011	(2001-2011)	2001	2011	2001	2011	2001	2011
Centro	2348397	2327755		-0,89	83,3	82,4	130,5	160,7	44,2	51,3
Baixo Vouga	385724	390822	17%	1,32	214,1	216,5	95,3	128,7	41,7	48,5
Baixo Mondego	340309	332326	14%	-2,35	164,8	160,6	136,5	172,9	43,1	49,7
Pinhal Litoral	250990	260942	11%	3,97	144,7	149,6	98,0	128,0	41,1	47,9
Pinhal Interior Norte	138535	131468	6%	-5,10	52,9	50,1	164,3	194,2	47,7	54,2
Dão-Lafões	286313	277240	12%	-3,17	81,9	79,3	126,5	165,5	44,8	51,2
Pinhal Interior Sul	44803	40705	2%	-9,15	23,5	21,3	260,9	309,6	49,4	62,0
Serra da Estrela	49895	43737	2%	-12,34	57,2	50,2	180,5	259,8	48,0	52,5
Beira Interior Norte	115325	104417	4%	-9,46	28,3	25,6	191,9	243,3	48,3	57,1
Beira Interior Sul	78123	75028	3%	-3,96	20,8	19,9	228,2	237,2	47,5	58,2
Cova da Beira	93579	87869	4%	-6,10	67,9	63,7	156,4	204,5	45,1	53,8
Oeste	338711	362540	16%	7,04	152,4	163,4	114,5	129,2	41,6	48,3
Médio Tejo	226090	220661	9%	-2,40	98,0	95,5	144,3	173,0	44,6	53,7

Fonte: Elaboração própria a partir de dados extraídos do INE

Quadro 51: Indicadores de população por Município para as sub-regiões do Baixo Vouga e da Beira Interior Sul

Local de residência	População residente		% face à população sub-regional	Variação da população (%)	Densidade populacional (Nº/Km 2)		Índice de envelhecimento		Índice de longevidade	
	2001	2011	2011	(2001-2011)	2001	2011	2001	2011	2001	2011
Baixo Vouga	385724	390822		1,32	214,1	216,5	95,3	128,7	41,7	48,5
Águeda	49041	47729	12%	-2,68	146,3	142,4	99,0	144,5	41,5	47,8
Albergaria-a-Velha	24638	25252	6%	2,49	158,5	159,0	90,4	118,1	41,5	47,0
Anadia	31545	29150	7%	-7,59	145,6	134,4	133,4	186,3	44,4	51,9
Aveiro	73335	78450	20%	6,97	366,9	397,1	89,1	116,2	40,3	48,0
Estarreja	28182	26997	7%	-4,20	260,1	249,6	102,9	136,2	41,9	49,0
Ilhavo	37209	38598	10%	3,73	506,5	524,9	76,7	109,1	37,9	44,6
Mealhada	20751	20428	5%	-1,56	187,5	185,2	120,8	152,6	42,6	51,6
Murtosa	9458	10585	3%	11,92	129,0	144,8	112,4	124,7	46,4	52,5
Oliveira do Bairro	21164	23028	6%	8,81	242,4	263,7	117,9	130,1	42,8	50,7
Ovar	55198	55398	14%	0,36	374,4	374,9	69,3	104,8	41,1	45,5
Sever do Vouga	13186	12356	3%	-6,29	101,7	95,1	124,6	182,1	44,5	52,4
Vagos	22017	22851	6%	3,79	133,7	138,6	94,0	130,8	41,9	48,9
Beira Interior Sul	78123	75028		-3,96	20,8	19,9	228,2	237,2	47,5	58,2
Castelo Branco	55708	56109	75%	0,72	38,7	39,0	167,2	181,4	45,5	53,7
Idanha-a-Nova	11659	9716	13%	-16,67	8,2	6,9	459,2	420,4	50,4	66,6
Penamacor	6658	5682	8%	-14,66	11,8	10,1	418,4	530,7	49,1	66,1
Vila Velha de Ródão	4098	3521	5%	-14,08	12,4	10,7	532,6	695,1	51,4	63,2

Fonte: Elaboração própria a partir de dados extraídos do INE

Em relação a outros indicadores, que acrescentam uma perspetiva adicional à realidade económica dos espaços territoriais em estudo, constata-se que a Região Centro apresenta uma situação desfavorável, com especial referência para os indicadores referentes ao *PIB per capita* e à percentagem do poder de compra, o que vem adicionar outros constrangimentos aos mencionados acima. Da leitura do próximo quadro é possível observar-se, mais uma vez, a dicotomia existente entre as sub-regiões do litoral e as do interior, com os espaços territoriais específicos em estudo – Baixo Vouga e Beira Interior Sul – a ilustrarem bem a referida dualidade¹¹⁷.

Já no que diz respeito à taxa de desemprego, estas sub-regiões seguem a situação comparativamente favorável da Região Centro face à média nacional, apesar de acompanharem de perto a tendência para um crescimento global considerável do número de desempregados nesta última década. Contudo, a relação entre a população que potencialmente está a entrar e a que está a sair do mercado de trabalho apresenta-se pouco abonatória, destacando-se a Beira Interior Sul como uma das sub-regiões que apresenta um dos índices de renovação da população ativa mais baixos e o Baixo Vouga como uma das que apresenta uma das maiores diminuições nesta última década.

Também pouco atrativa é a situação da região ao nível da educação e qualificação face à média nacional, com somente 13.1% da população com o ensino superior completo e uma taxa de analfabetismo de 6.4%. Apesar de tudo, registe-se o progresso verificado no último período censitário em ambos os indicadores. E se, ao nível intrarregional, parece haver alguma ligação entre a proporção da população com o ensino superior completo e a existência nessa sub-região de uma instituição de ensino superior, já no que concerne à taxa de analfabetismo as sub-regiões do interior, de um modo geral, ainda apresentam uma elevada percentagem.

¹¹⁷ Registe-se, apesar de tudo, o crescimento do *PIB per capita* observado de 2001 para 2011.

Quadro 52: Outros indicadores socioeconómicos para as NUTS III da Região Centro¹¹⁸

Local de residência	PIB per capita (preços correntes)		Percentagem de Poder de Compra		Taxa de desemprego		Índice de renovação da população em idade activa		Proporção da população residente com ensino superior completo		Taxa de analfabetismo	
	2001	2011	2002	2011	2001	2011	2001	2011	2001	2011	2001	2011
Portugal	13,1	16,1	100,0	100,0	6,7	13,2	142,4	93,0	8,6	15,1	9,0	5,2
Centro	11,1	13,4	18,2	19,2	5,7	11,0	126,6	86,6	6,9	13,1	10,9	6,4
Baixo Vouga	12,6	14,6	3,2	3,4	5,2	11,2	148,0	91,5	7,5	14,3	7,1	4,2
Baixo Mondego	12,8	16,3	3,3	3,2	6,3	10,4	128,9	79,7	11,3	19,7	9,4	5,5
Pinhal Litoral	13,8	15,9	2,1	2,3	3,6	9,3	139,4	94,3	6,3	12,9	10,1	6,0
Pinhal Interior Norte	7,7	10,1	0,8	0,8	5,6	10,9	111,3	87,2	3,6	7,7	13,1	7,7
Dão-Lafões	9,3	11,4	1,8	2,0	7,0	11,4	125,6	87,0	6,2	12,1	11,6	7,1
Pinhal Interior Sul	6,8	12,1	0,2	0,2	5,9	9,1	92,4	84,0	2,8	6,4	19,8	11,8
Serra da Estrela	6,0	8,3	0,3	0,3	7,8	13,7	99,4	69,5	5,0	9,1	12,9	8,3
Beira Interior Norte	8,8	11,0	0,7	0,8	5,3	11,9	106,2	79,3	6,1	11,6	14,9	9,1
Beira Interior Sul	10,8	14,5	0,6	0,6	5,9	10,6	105,0	79,8	6,7	13,1	17,4	10,1
Cova da Beira	8,4	10,9	0,7	0,7	6,3	10,6	115,7	73,7	5,9	12,1	14,0	8,7
Oeste	11,3	12,7	2,6	3,1	5,5	11,4	129,0	92,3	5,6	11,1	11,1	6,1
Médio Tejo	11,0	12,6	1,8	1,8	6,4	10,8	119,2	86,1	6,4	12,0	10,0	5,8

Fonte: Elaboração própria a partir de dados extraídos do INE

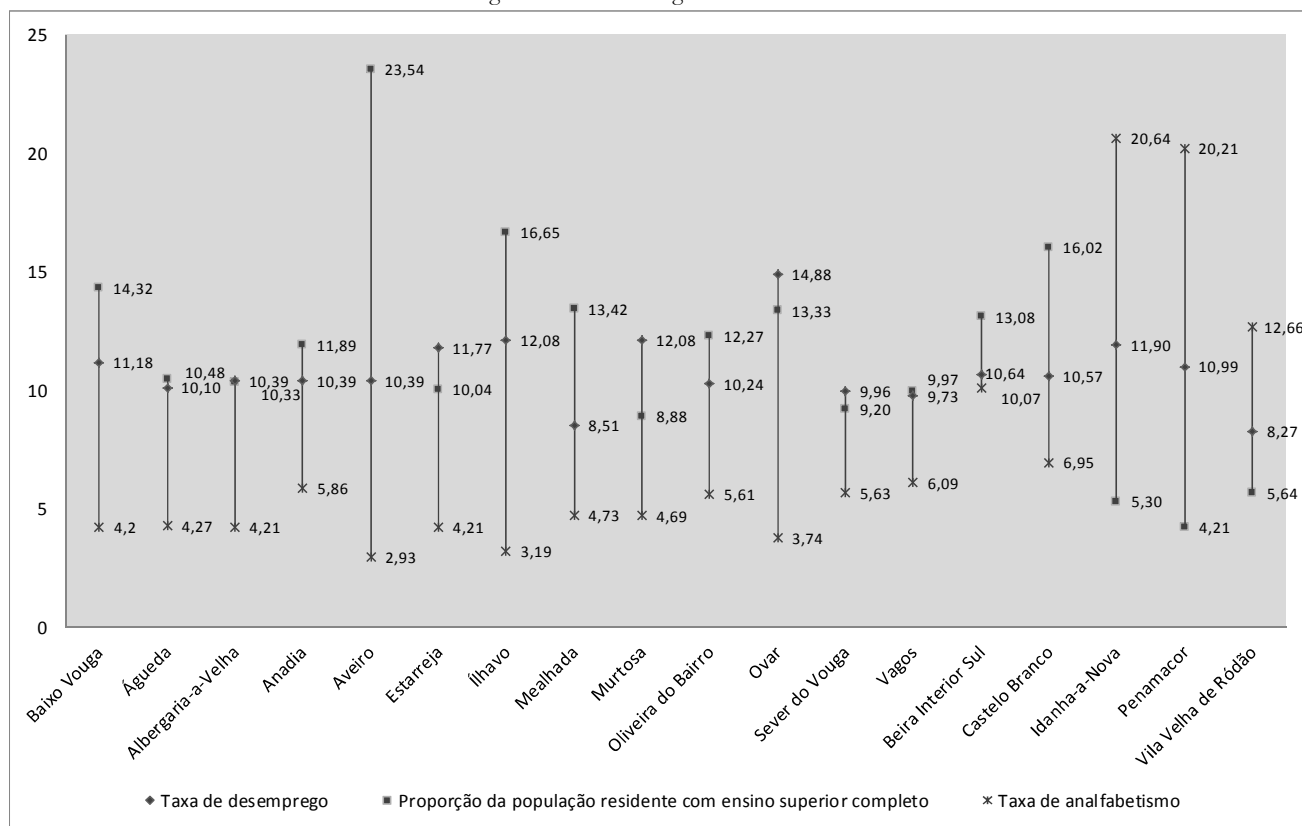
A próxima figura apresenta, por intermédio de um gráfico, o posicionamento dos municípios integrantes das duas sub-regiões em análise em relação à taxa de desemprego, à proporção da população com o ensino superior completo e à taxa de analfabetismo. E se ao nível da taxa de desemprego não se verificam grandes disparidades entre as duas sub-regiões, sendo o município de Ovar o único a destacar-se pela negativa, com um valor inclusive acima da média nacional (14,9%), já ao nível dos outros dois indicadores as diferenças são bem mais notórias. Com efeito, uma leitura do gráfico mostra que, para a generalidade dos municípios do Baixo Vouga, o indicador referente à proporção da população com o ensino superior completo encontra-se no topo do gráfico (com destaque para o município de Aveiro com 23.5%), com o indicador da taxa de analfabetismo a situar-se no fundo do gráfico (encontrando-se o valor mais alto em Vagos com 6.1%). Já no que respeita aos municípios da Beira Interior Sul, há uma clara discrepância entre Castelo Branco e os restantes,

¹¹⁸ Descrição de alguns indicadores de acordo com o INE:

- A Percentagem de Poder de Compra pretende avaliar o grau de concentração do poder de compra nos diferentes territórios, tendo em consideração que as áreas de maior ou menor poder de compra no território nacional dependem, não só da distribuição do poder de compra *per capita* pelo país, mas também da distribuição espacial da população residente. Refira-se que o poder de compra é calculado a partir de um conjunto de indicadores inferidos de um vasto leque de 20 variáveis, por recurso a um modelo de análise fatorial;
- A Taxa de Desemprego permite definir o peso da população desempregada sobre o total da população ativa (que, por sua vez, corresponde à população com idade mínima de 15 anos que, no período de referência, constituía a mão de obra disponível para a produção de bens e serviços que entram no circuito económico);
- O Índice de Renovação da População em Idade Ativa corresponde à relação entre a população que potencialmente está a entrar e a que está a sair do mercado de trabalho, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com idades compreendidas entre os 20 e os 29 anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 55 e os 64 anos;
- A Proporção da população residente com ensino superior completo corresponde à relação entre a população residente com 21 e mais anos com ensino superior concluído e a população residente total com 21 e mais anos;
- A Taxa de Analfabetismo corresponde à relação entre a população com 10 ou mais anos que não sabe ler nem escrever e o total da população com 10 ou mais anos.

denotando-se para Idanha-a-Nova, Penamacor e Vila Velha de Ródão uma inversão clara do posicionamento destes indicadores no gráfico.

Fig. 11: Outros indicadores socioeconómicos por Município para as sub-regiões do Baixo Vouga e da Beira Interior Sul



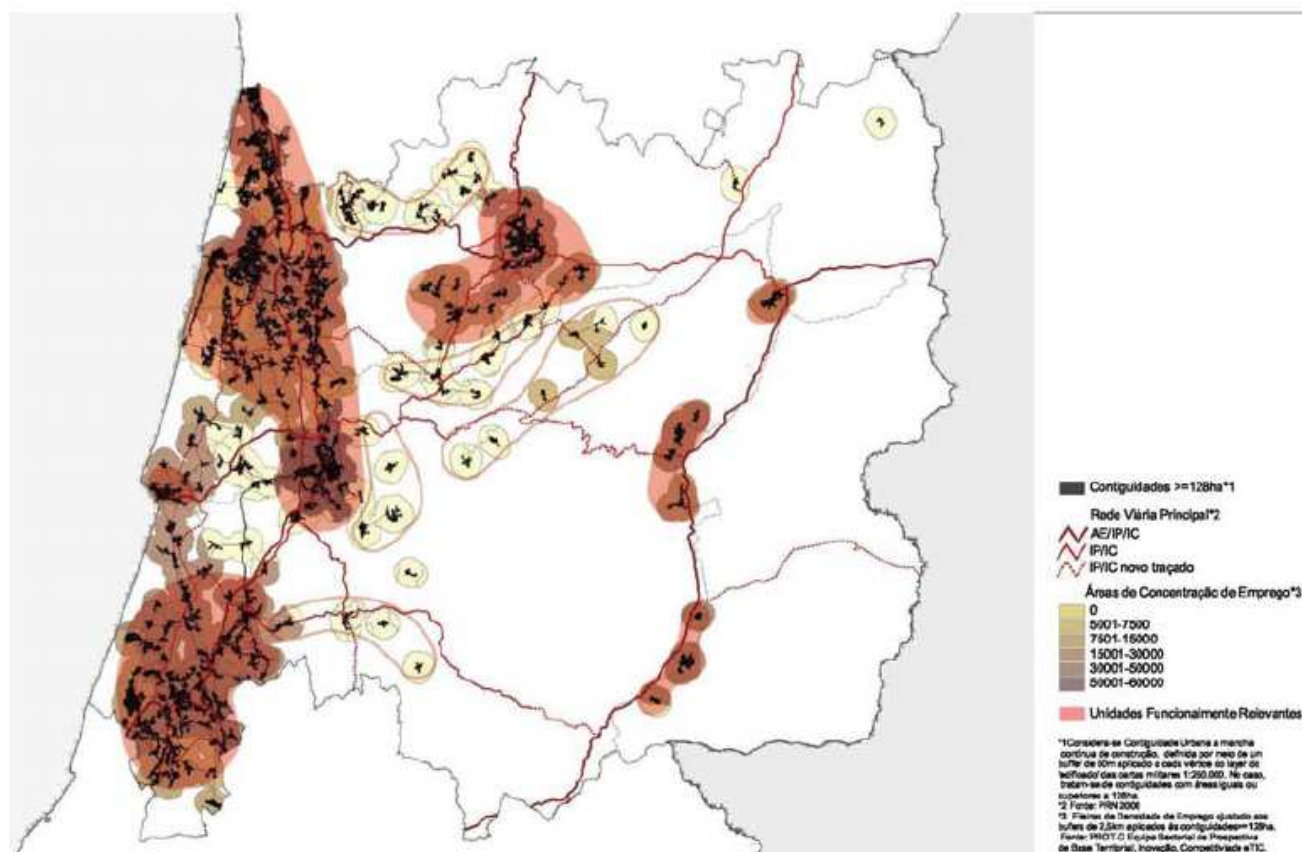
Fonte: Elaboração própria a partir de dados extraídos do INE

Esta leitura da realidade regional e intrarregional pode também ser complementada com a observação da diversidade dos padrões de povoamento na região e da sua relação com a rede viária fundamental. A próxima figura, elaborada e discutida no âmbito do PROTC (2011), mostra a intensidade da urbanização e da concentração de atividades económicas no litoral da região, com destaque para as ligações entre Aveiro (Baixo Vouga) e Coimbra (Baixo Mondego) por intermédio do corredor do IP1/A1 e do IC2. Saliente-se, também, a importância da aglomeração em torno de Viseu e dos seus principais eixos viário IP5/A25 e IP3. Já no que respeita ao corredor urbano da Beira Interior, é possível apontar as três polaridades servidas pelo IP2/A23, a saber: Castelo Branco, Covilhã/Fundão e Guarda.

É, assim, visível, por um lado, a dicotomia entre o litoral e o interior (com o primeiro mais concentrado e com maior número de ligações viárias) e, por outro, as principais infraestruturas viárias que cobrem a NUTS II Centro: dois eixos que atravessam longitudinalmente a região ao longo das suas

faixas litoral (IP1/A1) e interior (IP2/A23) um eixo que une o litoral à fronteira com Espanha (IP5/A25).

Fig. 12: Diversidade dos padrões de povoamento na Região Centro e sua relação com a Rede Viária Fundamental



Fonte: PROTC (2011)

O panorama geral mostrado pelos indicadores aqui apresentados sugere que a Região Centro (em geral) e as sub-regiões em estudo (em particular) apresentam um conjunto de debilidades do ponto de vista socioeconómico, com maior ênfase na Beira Interior Sul, que precisam de ser levadas em consideração para a delineação de estratégias de desenvolvimento. É neste sentido, aliás, que aponta o Plano de Ação Regional do CRER 2020, uma reflexão estratégica sobre o futuro da Região Centro que se encontra a ser desenvolvida pela CCDRC, ao afirmar *“se nada for feito para inverter tais realidades, a sua persistência colocará em causa objetivos de equidade, coesão social e inclusão que só podem ser alcançados, nesta Região Centro, através de um desenvolvimento harmonioso e diversificado, que leve em devida conta as especificidades e enorme diversidade de situações dos territórios”* (CCDRC, 2013:17).

Mas, como já referido, a própria saúde dos cidadãos e o comportamento destes em relação à saúde são influenciados pelo seu meio socioeconómico, pelo que a perceção deste retrato e das diferentes realidades territoriais revela-se também crucial para a própria formulação de políticas de saúde.

No caso particular da área da saúde, a Região Centro segue, de um modo geral, a tendência da média nacional. Contudo, se ao nível da taxa quinquenal de mortalidade infantil entre 2008 e 2012 verifica-se que a situação é relativamente favorável (2.9‰ vs. 3.2‰), já no que concerne à taxa de mortalidade por tumores malignos e à taxa de mortalidade por doenças respiratórias, estas apresentaram em 2011 uma maior incidência nesta região (2.6‰ vs. 2.4‰ e 143.8‰ vs. 112.9‰, respetivamente), a que porventura não deve ser alheio o acentuado envelhecimento populacional da região.

O próximo quadro mostra a variação destes indicadores por NUTS III e pelos municípios referentes ao Baixo Vouga e à Beira Interior Sul¹¹⁹. Da sua leitura observa-se, uma vez mais, a dicotomia litoral/interior, com a mortalidade infantil e mortalidade por tumores malignos a ser tendencialmente superior nas sub-regiões do interior. Mas o mesmo quadro mostra também que a realidade intrarregional é, ela própria, bastante heterogénea, com uma variação considerável entre os vários municípios integrantes em cada uma das sub-regiões em estudo. Ainda assim, importa destacar, pelo lado negativo, o desempenho dos municípios de Idanha-a-Nova, Penamacor e Vila Velha de Ródão¹²⁰.

¹¹⁹ A este nível de dessegregação territorial, os dados referentes à taxa de mortalidade por doenças respiratórias não estão disponíveis.

¹²⁰ Os dados referentes à taxa quinquenal de mortalidade infantil (2008-2012) para o município de Vila Velha de Ródão não estão disponíveis.

Quadro 53: Indicadores de Saúde por NUTS III da Região Centro e por Município para as sub-regiões do Baixo Vouga e da Beira Interior Sul¹²¹

Local de Residência	Taxa quinquenal de mortalidade infantil 2008-2012 (‰)	Taxa de mortalidade por tumores malignos 2011 (‰)	Local de Residência	Taxa quinquenal de mortalidade infantil 2008-2012 (‰)	Taxa de mortalidade por tumores malignos 2011 (‰)
Centro	2,9	2,6	Baixo Vouga	2,8	2,2
Baixo Vouga	2,8	2,2	Águeda	2,6	2,0
Baixo Mondego	2,3	2,4	Albergaria-a-Velha	0,9	2,6
Pinhal Litoral	2,9	2,1	Anadia	1,9	2,5
Pinhal Interior Norte	1,3	3,0	Aveiro	2,1	2,2
Dão-Lafões	3,1	2,6	Estarreja	4,5	2,6
Pinhal Interior Sul	6,6	3,8	Ílhavo	1,7	1,9
Serra da Estrela	3,9	3,6	Mealhada	6,0	1,9
Beira Interior Norte	4,3	3,3	Murtosa	6,3	3,5
Beira Interior Sul	4,8	3,3	Oliveira do Bairro	1,8	2,0
Cova da Beira	2,3	3,3	Ovar	3,7	2,1
Oeste	2,8	2,6	Sever do Vouga	9,5	2,0
Médio Tejo	2,9	2,8	Vagos	1,0	1,8
			Beira Interior Sul	4,8	3,3
			Castelo Branco	4,0	2,9
			Idanha-a-Nova	7,4	3,9
			Penamacor	19,0	5,7
			Vila Velha de Ródão	0,0	4,3

Fonte: Elaboração própria a partir de dados extraídos do INE

No que respeita às condições relativas à prestação de cuidados de saúde, convém diferenciar os três níveis de cuidados em que se encontram organizados os serviços de saúde: os cuidados de saúde primários, os cuidados hospitalares e os cuidados continuados constituídos pelas unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

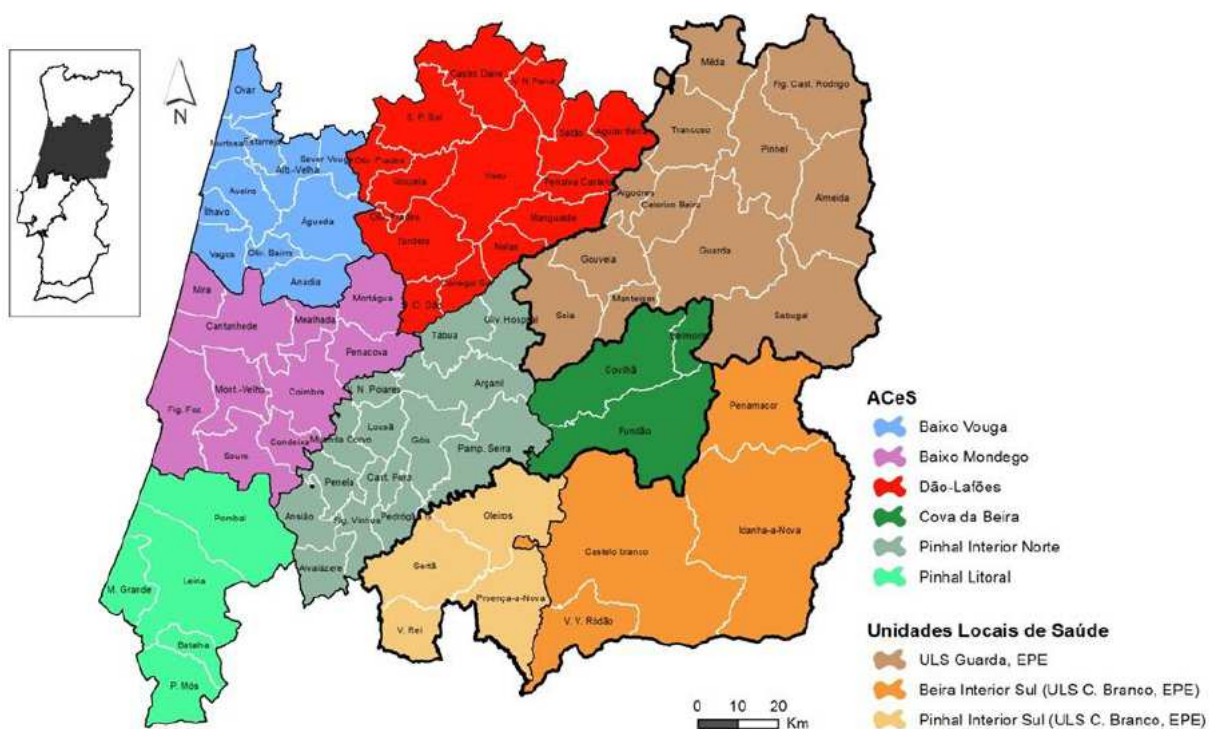
Em relação ao primeiro nível, importa começar por referir que em 2011 existiam 19 ACES na área de influência da ARSC (com o Baixo Vouga a totalizar três agrupamentos), cinco dos quais estavam integrados em Unidades Locais de Saúde (com a ULS de Castelo Branco, criada em 2010, a integrar os ACES da Beira Interior Sul e do Pinhal Interior Sul). Em finais de 2012, conforme disposto na Portaria n.º 394-A/2012 de 29 de novembro, procedeu-se a uma reestruturação da configuração dos ACES atendendo à organização geográfica em NUTS III, ficando a sub-região do Baixo Vouga a incluir somente um agrupamento¹²² (Fig. 13). Na sua totalidade, os ACES da Região Centro são constituídos

¹²¹ De acordo com o INE, a Taxa quinquenal de mortalidade infantil corresponde ao número de óbitos de crianças com menos de um ano de idade por cada mil nascimentos vivos para o período de 5 anos. Por outras palavras, traduz o risco de morte das crianças durante o primeiro ano de vida para aquele período de tempo.

¹²² Importa referir que, embora para fins estatísticos a NUTS III do Baixo Vouga inclua 12 Municípios (Águeda, Albergaria-a-Velha, Anadia, Aveiro, Estarreja, Ílhavo, Mealhada, Murtosa, Oliveira do Bairro, Ovar, Sever do Vouga e Vagos), o ACES do Baixo Vouga conta somente com 11 Municípios (ficando ausente a Mealhada). Esta questão coloca-se, também, na Comunidade Intermunicipal da Região de Aveiro (CIRA), que conta com os referidos 11 Municípios. Por outro lado, uma leitura comparativa das Figs 9 e 13 mostra que o âmbito territorial da ARSC difere da NUTS II Centro, não incluindo as sub-regiões do Oeste e do Médio Tejo.

por um total de 84 centros de saúde, 8 dos quais incluídos na ULS de Castelo Branco e 12 na ULS da Guarda¹²³. Inseridos no ACES do Baixo Vouga encontram-se os seguintes centros de saúde: Águeda, Albergaria-a-Velha, Anadia, Aveiro, Estarreja, Ílhavo, Murtosa, Oliveira do Bairro, Ovar, Sever do Vouga e Vagos. Já os centros de saúde de Castelo Branco, Idanha-a-Nova, Penamacor e Vila Velha de Rodão fazem parte do ACES da Beira Interior Sul (ULS de Castelo Branco).

Fig. 13: Âmbito territorial da ARSC em vigor a partir de 30/11/2012



Fonte: Relatório de Atividades da ARSC (2012)

Como já mencionado, decorrente do novo modelo organizativo e de gestão da rede de prestação de cuidados introduzido pelo Decreto-Lei n.º28/2008, de 22 de fevereiro, os ACES são constituídos pelas seguintes unidades funcionais:

- Unidades de saúde familiar (USF), que visam prestação de cuidados de saúde individuais (organizados de forma voluntária por um conjunto de profissionais de saúde);
- Unidades de cuidados de saúde personalizados (UCSP), que prestam também cuidados individuais de saúde;
- Unidades de cuidados na comunidade (UCC), que têm como missão a prestação de cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário;

¹²³ Informação retirada do Relatório de Atividades da ARSC (2012).

- Unidades de saúde pública (USP), que têm como competências elaborar informação e planos no domínio da saúde pública e proceder à vigilância epidemiológica;
- Unidades de recursos assistenciais partilhados (URAP), que prestam serviços de consultoria e assistenciais às outras unidades funcionais, organizando ainda as ligações funcionais com os serviços hospitalares;
- Unidades de apoio à gestão (UAG), que prestam apoio administrativo e geral ao diretor executivo, ao conselho clínico e de saúde e às demais unidades funcionais do ACES.

Ora, o próximo quadro mostra o número de unidades funcionais que, em 2011, integravam os ACES e as ULS da região de saúde do Centro. De destacar o número de USF que, voluntariamente, foram organizadas nos ACES Baixo Vouga, Baixo Mondego e Dão Lafões.

Quadro 54: Unidades funcionais dos ACES e ULS integrantes da Região de Saúde do Centro (2011)

ACeS e ULS	USF	UCSP	USP	UCC	UAG	URAP
Região Saúde Centro	35	70	17	9	16	15
Baixo Vouga	9	17	3	2	3	3
Baixo Mondego	12	11	3	1	3	3
Cova da Beira	0	0	1	1	1	1
Pinhal Litoral	3	3	2	0	2	1
Pinhal Interior Norte	2	5	2	3	2	2
Dão-Lafões	8	10	3	1	3	3
ULS Castelo Branco	0	12	2	0	1	2
ULS Guarda	1	12	1	1	1	-

Fonte: Elaboração própria a partir de dados extraídos do Plano de Ação da ARSC (2012)

Em 2011, a Região de Saúde do Centro tinha um total de 1.924.672 utentes inscritos, tendo a maioria um médico de família atribuído (91%). Tal como pode ser constatado através do Quadro 55, a proporção de utentes sem médico de família é manifestamente mais elevada no ACES Dão-Lafões (14%), em oposição à ULS de Castelo Branco, que assinala a menor proporção de utentes sem médico de família (1%).

Quadro 55: Utentes inscritos na Região Saúde Centro com e sem médico de família por ACES e ULS (2011)

ACES e ULS	Inscritos sem médico de família	Total de inscritos	Inscritos sem médico/total inscritos (%)
Região Saúde Centro	167999	1924672	9%
Baixo Vouga	33455	408093	8%
Baixo Mondego	36898	410404	9%
Cova da Beira	9084	98604	9%
Pinhal Litoral	32426	286898	11%
Pinhal Interior Norte	8462	141661	6%
Dão-Lafões	40564	297562	14%
ULS Castelo Branco	1113	117272	1%
ULS Guarda	5997	164178	4%

Fonte: Elaboração própria a partir de dados extraídos do Relatório de Atividades da ARSC (2012)

Quanto às infraestruturas hospitalares, no âmbito territorial da ARSC localizam-se 26 unidades hospitalares do SNS, incluindo cinco centros hospitalares e dois hospitais centrais especializados, bem como três hospitais integrados em ULS¹²⁴. Para os espaços territoriais em estudo, os hospitais de referência são, no caso da sub-região do Baixo Vouga, o *Centro Hospitalar do Baixo Vouga* (constituído pelo *Hospital Infante D. Pedro – Aveiro*, pelo *Hospital Distrital de Águeda* e pelo *Hospital Visconde de Sabreu – Estarreja*) e o *Hospital Doutor Francisco Zagalo - Ovar* e, no caso da sub-região da Beira Interior Sul, o *Hospital Amato Lusitano* (que, em conjunto com os ACES da Beira Interior Sul e do Pinhal Interior Sul, perfazem a ULS de Castelo Branco). Sublinhe-se, ainda, o destaque a nível regional que ocupa o *Centro Hospitalar Universitário de Coimbra*, uma referência em várias valências. O próximo quadro mostra a constituição da rede hospitalar e a lotação aí praticada, sendo possível observar que para um total de 5421 camas o *Centro Hospitalar Universitário de Coimbra* tem quase metade da lotação praticada na região.

Quadro 56: Lotação praticada nos Hospitais da Região Centro (2011)

Rede Hospitalar	Lotação	%
Região de Saúde do Centro	5421	
Centro Hospitalar do Baixo Vouga	509	9%
Centro Hospitalar Cova da Beira	319	6%
Centro Hospitalar Leiria-Pombal	537	10%
Centro Hospital Tondela-Viseu	646	12%
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra	2280	42%
Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro Rovisco Pais	101	2%
Hospital Distrital da Figueira da Foz	144	3%
Hospital Doutor Francisco Zagalo - Ovar	28	1%
Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil	191	3%
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco	293	5%
Unidade Local de Saúde da Guarda	373	7%

Fonte: Elaboração própria a partir de dados extraídos do Relatório de Atividades da ARSC (2012)

O próximo quadro mostra a posição relativa da Região Centro e dos espaços territoriais em estudo no que respeita a um conjunto de indicadores sobre a oferta de cuidados de saúde. Da leitura do quadro, observa-se que a proporção do número de profissionais de saúde aumentou na última década, seguindo a tendência nacional. Ainda assim, verifica-se que esta proporção, designadamente no que se refere ao número de médicos por habitante, situa-se abaixo da média nacional, com a Região de Lisboa a apresentar os maiores valores no que concerne aos médicos e, ainda, um valor acima da média no caso dos enfermeiros. Esta questão indicia, a esta escala territorial, uma correlação entre a densidade populacional e estes indicadores, em que as regiões mais densamente povoadas são aquelas que concentram um maior número relativo de profissionais de saúde.

¹²⁴ Informação retirada do Relatório de Atividades da ARSC (2012).

Quadro 57: Indicadores sobre a oferta de cuidados de saúde por NUTS II e para as NUTS III da Região Centro

Local de residência	Médicos por 1000 hab.		Enfermeiros por 1000 hab.		Nº camas em hospitais por 1000 hab.
	2002	2011	2002	2011	2011
Portugal	3,2	4,1	4,0	6,1	2,38
Continente	3,3	4,1	3,9	6,0	2,35
Norte	2,9	3,8	3,5	6,1	2,04
Centro	2,7	3,6	4,0	6,0	2,79
Lisboa	5,0	5,6	4,6	6,3	2,59
Alentejo	1,7	2,2	3,3	5,1	1,85
Algarve	2,5	3,2	3,6	5,2	1,88
RA Açores	1,7	2,3	5,1	7,4	2,94
RA Madeira	2,0	2,7	6,0	8,0	3,23

Local de residência	Médicos por 1000 hab.		Enfermeiros por 1000 hab.		Nº camas em hospitais por 1000 hab.
	2002	2011	2002	2011	2011
Centro	2,7	3,6	4,0	6,0	2,79
Baixo Vouga	1,9	2,6	2,8	4,2	1,40
Baixo Mondego	9,5	12,8	10,2	13,8	8,60
Pinhal Litoral	1,6	2,0	3,2	4,4	2,02
Pinhal Interior Norte	0,7	1,0	1,2	2,8	0,00
Dão-Lafões	1,9	2,8	3,8	6,4	2,40
Pinhal Interior Sul	0,6	0,8	1,2	2,8	0,00
Serra da Estrela	1,3	1,8	2,1	4,5	1,39
Beira Interior Norte	1,8	2,5	4,8	7,5	3,13
Beira Interior Sul	2,3	2,8	6,1	7,2	4,23
Cova da Beira	1,6	2,6	4,7	6,9	3,62
Oeste	1,2	1,5	2,0	3,1	1,22
Médio Tejo	1,4	1,8	2,7	5,3	1,99

Fonte: Elaboração própria a partir de dados extraídos do INE

No entanto, esta mesma interpretação já não pode ser efetuada ao nível das NUTS III da Região Centro: espaços territoriais como o Baixo Vouga, o Pinhal Litoral e o Oeste, que apresentam elevadas densidades populacionais para a média da região, mostram para os indicadores em análise valores abaixo desta e de outras sub-regiões de baixa densidade populacional, como a Beira Interior Sul, a Beira Interior Norte e a Cova da Beira. Interessa, porém, salientar a importância que o *Centro Hospitalar Universitário de Coimbra* adquire no panorama regional e nacional, contribuindo para o claro destaque que a sub-região do Baixo Mondego adquire em relação a estes indicadores, ajudando também a explicar o posicionamento da região no que respeita ao número de camas em hospitais por habitante. Ainda assim, é de evidenciar o valor que a Beira Interior Sul atinge a este nível, situando-se bem acima da média da região.

Quadro 58: Indicadores sobre a oferta de cuidados de saúde por Município das sub-regiões do Baixo Vouga e da Beira Interior Sul

Local de residência	Médicos por 1000 hab.		Enfermeiros por 1000 hab.	
	2002	2011	2002	2011
Baixo Vouga	1,9	2,6	2,8	4,2
Águeda	1,3	1,8	2,5	4,4
Albergaria-a-Velha	1,3	1,8	0,4	2,1
Anadia	2,1	2,1	2,3	4,3
Aveiro	3,9	4,8	8,5	8,1
Estarreja	1,1	1,8	1,9	4,0
Ílhavo	2,0	2,2	0,6	2,0
Mealhada	1,5	2,6	0,5	2,9
Murtosa	1,3	1,3	1,2	1,7
Oliveira do Bairro	1,5	1,9	0,8	2,6
Ovar	1,5	2,4	1,7	3,8
Sever do Vouga	0,5	1,2	0,4	3,1
Vagos	0,8	1,7	1,0	2,5
Beira Interior Sul	2,3	2,8	6,1	7,2
Castelo Branco	3,0	3,5	7,9	8,8
Idanha-a-Nova	0,4	0,6	1,1	2,9
Penamacor	0,8	1,3	1,9	2,0
Vila Velha de Ródão	0,3	0,9	1,5	2,3

Fonte: Elaboração própria a partir de dados extraídos do INE

Já o Quadro 58 apresenta o número de médicos e enfermeiros por habitante para os municípios do Baixo Vouga e da Beira Interior Sul. À semelhança da tendência regional, verifica-se um aumento desta proporção no último decénio em praticamente todos os municípios. Pelos valores claramente acima das respetivas médias, destacam-se os municípios em que se situam os principais aglomerados urbanos das sub-regiões – Aveiro e Castelo Branco –, patenteando a sua importância no campo dos cuidados de saúde ao nível regional.

Descritos os cuidados de saúde primários e os cuidados hospitalares da Região Centro (em geral) e das Sub-regiões do Baixo Vouga e da Beira Interior Sul (em particular) levando em consideração os indicadores acima apresentados sobre os recursos físicos e humanos existentes, importa agora ter uma perceção da localização dos serviços de saúde, já que, como oportunamente referido, o domínio espacial desempenha um papel importante (embora não exclusivo) no uso dos serviços e numa resposta atempada aos cidadãos. O próximo quadro mostra, para alguns dos aglomerados mais remotos de cada município dos espaços territoriais em estudo, a distância e o respetivo tempo de deslocação para se alcançar a sede concelhia do centro de saúde e o hospital de referência. No que respeita ao Baixo Vouga, em só dois dos municípios é que o tempo de deslocação excede os 30 minutos: Águeda e Aveiro. A situação de S. Jacinto, em Aveiro, é, apesar de tudo, particular, já que corresponde a uma porção da península costeira que fecha a ria a ocidente, cujo acesso pode ser assegurado, ou por via aquática (através de ferries diários de transportes de passageiros e veículos), ou pela estrada nacional que liga o aglomerado ao concelho de Murtosa. Por esta razão, apresenta-se também o caso de Nariz, situado no extremo sul do município de Aveiro, mas que dista somente 14 Km da sede do centro de saúde, com um tempo de deslocação de aproximadamente 20 minutos. Quanto ao percurso para a infraestrutura hospitalar de referência, e com exceção do caso de S. Jacinto (cuja duração é superior a 60 minutos para o Hospital Infante D. Pedro, em Aveiro, e para cima de 40 minutos para o Hospital Visconde de Salreu, em Estarreja), importa fazer menção ao caso de Parada, em Sever do Vouga, que dista 48 Km do Hospital Infante D. Pedro, correspondendo a um tempo de deslocação de aproximadamente 50 minutos. Já no que concerne aos municípios da Beira Interior Sul, estes apresentam, de um modo geral, tempos de deslocação superiores aos verificados no Baixo Vouga. Destaque-se, pela negativa, o caso das Termas de Monfortinho, em Idanha-a-Nova, cuja distância à sede do centro de saúde é de 47 Km, demorando cerca de 49 minutos a percorrê-la. Já o hospital de referência (Amato Lusitano) corresponde a um tempo de deslocação superior a 60 minutos, tempo semelhante ao verificado em Anasca, no município de Penamacor.

Quadro 59: Distância e respetivo tempo de deslocação à sede do centro de saúde e ao hospital de referência para alguns aglomerados remotamente localizados nos Municípios do Baixo Vouga e da Beira Interior Sul

Município	Aglomerado	Centro de saúde (sede)		Infraestrutura hospitalar de referência/proximidade		
		<i>Distância (Km)</i>	<i>Tempo de deslocação (min)</i>	<i>Hospital</i>	<i>Distância (Km)</i>	<i>Tempo de deslocação (min)</i>
Área de influência do ACES do Baixo Vouga						
Águeda	Macieira de Alcôba	24	33	Distrital de Águeda	25	32
Albergaria-a-Velha	Silva	13	17	Infante D. Pedro	34	31
Anadia	Amoreira de Gândara	11	15	Distrital de Águeda	23	26
Aveiro	S. Jacinto	51	63	Infante D. Pedro ¹²⁵	50	62
Aveiro	Nariz	14	20	Infante D. Pedro	16	19
Estarreja	Água Levada	10	14	Visconde de Salreu	11	17
Ílhavo	Gafanha do Carmo	9	14	Infante D. Pedro	12	15
Murtosa	Torreira	11	18	Visconde de Salreu	18	29
Oliveira do Bairro	Mamarrosa	12	19	Infante D. Pedro	20	26
Ovar	Praia de Esmoriz	16	25	Francisco Zagalo	16	25
Sever do Vouga	Parada	13	23	Infante D. Pedro	48	50
Vagos	Covão do Lobo	14	20	Infante D. Pedro	30	28
Área de influência da ULS de Castelo Branco / ACES da Beira Interior Sul						
Castelo Branco	Almaceda	32	31	Amato Lusitano	33	32
Idanha-a-Nova	Termas de Monfortinho	47	49	Amato Lusitano	74	65
Penamacor	Anascer	22	27	Amato Lusitano	81	60
Vila Velha de Ródão	Gardete	27	19	Amato Lusitano	46	31

Fonte: Elaboração própria com recurso ao *Googlemaps*

Caracterizadas, de uma forma geral, as condições relativas à prestação de cuidados de saúde, importa agora ter uma noção do posicionamento da região quanto ao lado da procura. O próximo quadro mostra a evolução do número de consultas médicas total e de medicina geral e familiar/clínica geral nos centros de saúde por habitante. A perceção destes indicadores revela-se importante pois este nível de cuidados, e em particular a Medicina Geral e Familiar, constitui a porta de entrada no Serviço Nacional de Saúde e procura proporcionar, não só a continuidade dos cuidados assistenciais aos utentes e às respetivas famílias, como também a melhoria da sua saúde através da prevenção de doenças e promoção de saúde.

¹²⁵ Refira-se que apesar do Hospital Infante D. Pedro ser a infraestrutura de referência no Município de Aveiro, os utentes de S. Jacinto, pela sua localização geográfica, podem dirigir-se ao Hospital Visconde de Salreu – Estarreja, que dista 30 Km com um tempo de deslocação previsto de 43 min.

Quadro 60: Indicadores sobre a utilização de cuidados de saúde primários por NUTS II e para as NUTS III da Região Centro

Local de residência	Consultas médicas nos centros de saúde por hab.		Consultas de Medicina geral e familiar/Clinica geral nos centros de saúde por hab.	
	2002	2011	2002	2011
Portugal	2,8	2,6	2,3	2,2
Continente	2,9	2,7	2,4	2,2
Norte	2,7	2,4	2,2	1,9
Centro	3,2	3,2	2,8	2,8
Lisboa	2,7	2,4	2,2	2,0
Alentejo	3,2	3,7	2,8	3,2
Algarve	2,2	2,8	1,9	2,4
RA Açores	1,1	1,2	0,7	0,7
RA Madeira	1,0	1,4	0,8	1,0

Local de residência	Consultas médicas nos centros de saúde por hab.		Consultas de Medicina geral e familiar/Clinica geral nos centros de saúde por hab.	
	2002	2011	2002	2011
Centro	3,2	3,2	2,8	2,8
Baixo Vouga	3,4	3,5	2,8	3,0
Baixo Mondego	3,4	3,3	2,8	2,8
Pinhal Litoral	3,2	2,9	2,7	2,5
Pinhal Interior Norte	3,6	3,7	3,2	3,3
Dão-Lafões	3,0	3,4	2,5	2,9
Pinhal Interior Sul	3,9	3,4	3,5	3,0
Serra da Estrela	3,4	3,8	2,9	3,5
Beira Interior Norte	2,7	2,7	2,3	2,4
Beira Interior Sul	2,8	3,1	2,5	2,7
Cova da Beira	2,8	2,8	2,4	2,5
Oeste	3,1	2,9	2,7	2,5
Médio Tejo	3,5	3,1	3,1	2,7

Fonte: Elaboração própria a partir de dados extraídos do INE

Tal como é possível constatar no quadro, o número de consultas médicas (total e de medicina geral e familiar) encontra-se acima da média nacional, sendo só ultrapassado pela Região do Alentejo, tendo-se mantido constante no último decénio ao contrário da tendência nacional que diminuiu ligeiramente. Refira-se que a percentagem do número de consultas de medicina geral e familiar face ao número total de consultas na Região Centro é a maior do território nacional com 86%, sendo a média nacional de 82%, valores bem acima das Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores, que apresentam os valores mais baixos (70% e 60% respetivamente). Já no que diz respeito às sub-regiões da NUTS II Centro, é possível verificar-se a heterogeneidade existente, sem nenhum aparente padrão de distribuição territorial, sendo de destacar o posicionamento do Baixo Vouga, um pouco acima da média regional em ambos os

Quadro 61: Indicadores sobre a utilização de cuidados de saúde primários para os municípios das sub-regiões do Baixo Vouga e da Beira Interior Sul

Local de residência	Consultas médicas nos centros de saúde por hab.		Consultas de Medicina geral e familiar/Clinica geral nos centros de saúde por hab.	
	2002	2011	2002	2011
Baixo Vouga	3,6	3,5	2,8	3,0
Águeda	3,3	3,4	3,1	3,0
Albergaria-a-Velha	3,9	3,8	3,3	3,3
Anadia	3,7	4,1	3,0	3,6
Aveiro	3,4	3,2	2,3	2,6
Estarreja	2,9	3,0	3,0	2,6
Ílhavo	3,9	3,8	2,7	3,1
Mealhada	3,3	3,4	2,6	2,9
Murtosa	4,1	3,7	4,1	3,2
Oliveira do Bairro	4,6	4,2	3,3	3,7
Ovar	3,6	3,6	2,7	3,0
Sever do Vouga	2,5	2,7	2,9	2,4
Vagos	3,8	3,6	2,9	2,9
Beira Interior Sul	2,9	3,1	2,5	2,7
Castelo Branco	3,0	3,0	2,2	2,7
Idanha-a-Nova	2,5	3,0	3,2	2,7
Penamacor	2,8	3,3	2,8	2,9
Vila Velha de Ródão	3,1	3,6	4,3	3,2

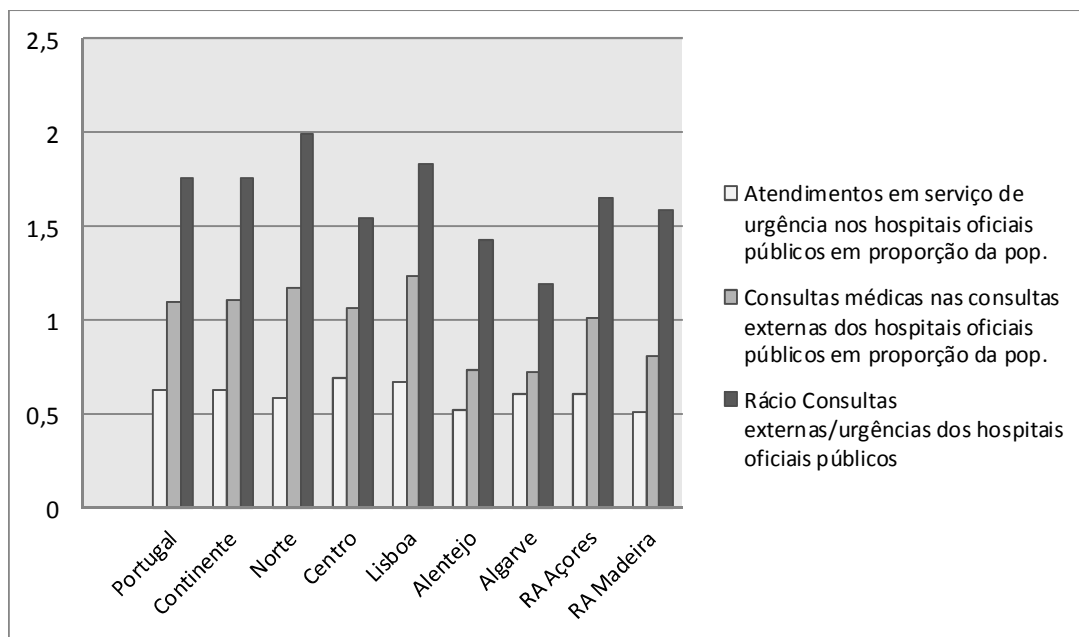
Fonte: Elaboração própria a partir de dados extraídos do INE

indicadores. Ao invés, a Beira Interior Sul apresenta valores relativos um pouco mais baixos que a média. Mas, curiosamente, são as sub-regiões do interior que apresentam uma relação do número de consultas de medicina geral e familiar face ao número total de consultas superior, com o Pinhal Interior Norte (88%), o Pinhal Interior Sul (90%), a Serra da Estrela (91%), a Beira Interior Norte (87%), a Beira Interior Sul (88%) e a Cova da Beira (89%) a apresentarem valores relativos superiores à média regional (86%).

Uma análise destes indicadores ao nível municipal evidencia, uma vez mais, espaços territoriais assimétricos. No caso do Baixo Vouga, salientam-se os municípios de Anadia e Oliveira do Bairro como aqueles que apresentam um maior número de consultas médicas por habitante nos centros de saúde (acima das 4 consultas) e, do lado oposto, o município de Sever do Vouga (com menos de 3 consultas). No caso da Beira Interior Sul, Vila Velha de Rodão destaca-se por ser aquele que apresenta um número de consultas por habitante em centros de saúde (3.6) bem acima da média sub-regional. Mais uma vez, é nos principais aglomerados urbanos que se verifica uma menor proporção do número de consultas de medicina geral e familiar face ao número total de consultas, com Aveiro a situar-se abaixo da média sub-regional (83% vs. 85%) e a distanciar-se de municípios com Sever do Vouga ou Murtosa (ambos com 88%), e Castelo Branco a igualar a média sub-regional (88%) mas a afastar-se de Vila Velha de Rodão e Idanha-a-Nova (91%). Um comportamento esperado, na medida em que é neste locais de maior dimensão que se tendem a concentrar as especialidades médicas.

No que respeita a indicadores de utilização dos cuidados hospitalares, o próximo quadro caracteriza o atendimento em serviço de urgência e o atendimento em ambulatório (consultas externas) dos hospitais oficiais públicos em proporção da população. No que respeita às urgências, a proporção mais baixa encontra-se na Região Autónoma da Madeira (0.51) e na Região do Alentejo (0.52), enquanto a Região Centro é a que apresenta um maior número relativo de atendimentos em serviço de urgência (0.69). Já quanto à assistência aos pacientes hospitalares por via das consultas externas, importa referir a Região de Lisboa como aquela que apresenta o maior valor relativo (1.23), apresentando as Regiões do Alentejo (0.74) e do Algarve (0.73) os valores mais baixos. Finalmente, a razão entre o número de consultas e o de urgências evidencia que o primeiro tem superado o segundo, com a Região Centro, ainda assim, a ficar abaixo da média nacional (1.54 vs. 1.75).

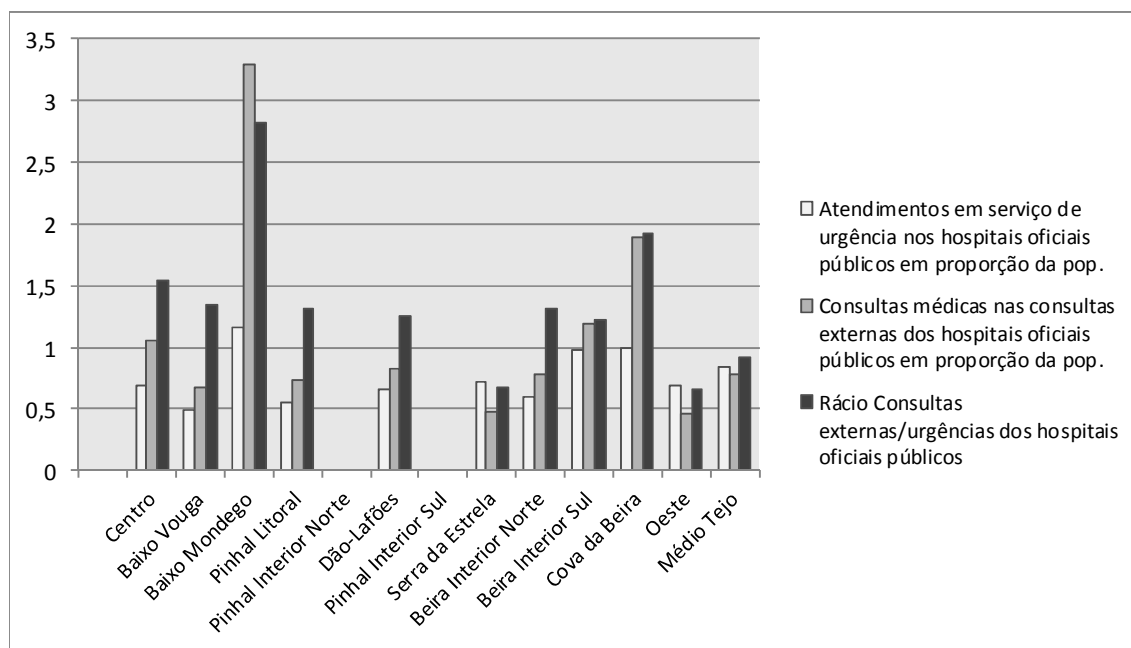
Quadro 62: Indicadores sobre a utilização de cuidados hospitalares por NUTS II



Fonte: Elaboração própria a partir de dados extraídos do INE

O próximo quadro mostra os mesmos indicadores, mas desta feita para as sub-regiões da NUTS II Centro. Aqui, é possível verificar a posição de destaque que ocupa o Baixo Mondego, contando com cerca de 25% do número de atendimentos em serviço de urgência e aproximadamente 45% do número de consultas externas da região. No que diz respeito aos espaços territoriais em estudo, estes apresentam uma posição oposta em relação à média regional, com o Baixo Vouga a situar-se abaixo e a Beira Interior Sul acima em ambos os indicadores. Relativamente ao rácio consultas externas/urgências dos hospitais públicos, ambas as regiões posicionam-se abaixo da média regional.

Quadro 63: Indicadores sobre a utilização de cuidados hospitalares para as NUTS III da Região Centro



Fonte: Elaboração própria a partir de dados extraídos do INE

Por fim, passando da caracterização dos cuidados de saúde primários e dos cuidados hospitalares para os cuidados continuados integrados, a pouca informação disponível permite expor o número de camas contratadas e em funcionamento em 2012, por região NUTS II e tipologia. Tal como pode ser observado no Quadro 64, a Região Centro é a que apresenta o segundo maior número de camas do país. A relação destes indicadores com a cobertura populacional mostra um rácio total de 421 camas por 10.000 habitantes com mais de 65 anos para a Região Centro, posicionando-se acima da média nacional (305 camas), mas abaixo das regiões do Alentejo (544 camas) e do Algarve (467 camas). No que respeita à taxa de ocupação das unidades da RNCCI, é possível verificar que, de um modo geral, estas estão a atingir o seu limite (Quadro 65). Ainda assim, a taxa de ocupação em unidades de cuidados paliativos na Região Centro situa-se abaixo dos 80%, o que sugere ainda alguma capacidade para uma maior referenciação a este nível. Ao nível da realidade intrarregional, os dados disponíveis para o ano de 2011 permitem observar a assimetria existente ao nível das áreas de influência dos ACES e ULS da Região de Saúde do Centro. Tal como se constata no Quadro 66, há uma clara diferença no número de camas da RNCCI no Baixo Mondego em comparação com os outros ACES/ULS, atingindo perto de 1/3 do número total de camas em funcionamento.

Quadro 64: N° de camas da RNCCI contratadas e em funcionamento a 30/06/2012

	Convalescença	Média Duração e Reabilitação	Longa Duração e Manutenção	Paliativos	Total
Norte	332	540	963	53	1888
Centro	202	597	822	45	1666
Lisboa	157	408	646	68	1279
Alentejo	135	159	391	17	702
Algarve	80	104	219	10	413
Total	906	1808	3041	193	5948

Fonte: Elaboração própria a partir do *Relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)*, 2012

Quadro 65: Taxa de ocupação por tipologia em 2012

	Convalescença	Média Duração e Reabilitação	Longa Duração e Manutenção	Paliativos
Norte	86%	93%	95%	75%
Centro	93%	95%	95%	78%
Lisboa	91%	89%	95%	80%
Alentejo	92%	97%	95%	89%
Algarve	97%	97%	100%	96%

Fonte: Elaboração própria a partir do *Relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)*, 2012

Quadro 66: N° de camas da RNCCI por NUTS III em 2011

ACeS e ULS	Convalescença	Média Duração e Reabilitação	Longa Duração e Manutenção	Paliativos	TOTAL
Região Saúde Centro	172	566	765	45	1548
Baixo Vouga	40	50	45	0	135
Baixo Mondego	80	189	197	14	480
Cova da Beira	0	10	10	0	20
Pinhal Litoral	0	56	57	0	113
Pinhal Interior Norte	0	123	208	0	331
Dão-Lafões	0	39	115	20	174
ULS Castelo Branco	18	30	79	0	127
ULS Guarda	34	69	54	11	168

Fonte: Elaboração própria a partir de dados disponibilizados pela ARSC

A breve caracterização aqui exposta no domínio da saúde (em geral) e dos cuidados de saúde (em particular) acrescenta informação à análise socioeconómica antes efetuada e permite confirmar a realidade heterogénea que retrata a Região Centro, observando-se, em diversos indicadores, a dicotomia litoral/interior. São exemplo os indicadores gerais de saúde (e.g. mortalidade infantil e mortalidade por tumores malignos), certas condições relativas à prestação de cuidados de saúde (e.g. número de infraestruturas hospitalares e respetiva lotação) ou mesmo a distância a percorrer aos principais estabelecimentos de saúde dos locais mais remotos, que tendem, de uma forma geral, a ser mais favoráveis nos espaços territoriais situados no litoral. Mas o inverso foi possível, também, verificar-se, com tendência para haver um maior número de profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) por habitante nas sub-regiões do interior, bem como uma relação do número de consultas de medicina geral e familiar face ao número total de consultas superior.

Por outro lado, esta breve caracterização também permite compreender a existência de disparidades intrarregionais, vincada em algumas situações pela importância que os principais aglomerados urbanos dos espaços territoriais em estudo adquirem no que respeita à prestação de cuidados de saúde. E aqui foram encontradas diferenças no que concerne, por exemplo, a alguns indicadores gerais de saúde, ao número de profissionais de saúde (a que não será alheio o facto de se localizarem nesses espaços as principais infraestruturas hospitalares) e à proporção do número de consultas de medicina geral e familiar em relação ao número total de consultas.

5.3. A perspectiva dos atores regionais e locais

5.3.1. Princípios fundamentais e dimensão territorial na definição de políticas da saúde

Observando a perspectiva dos atores locais e regionais da Região Centro como um todo, não se conseguem retirar ilações sobre a natureza das respostas. De facto, cerca de 1/3 dos entrevistados centra os princípios em valores/grandes desígnios, sendo os mais referidos a equidade no acesso (com especial ênfase para os cuidados de proximidade) e a eficiência (sustentabilidade) do sistema de saúde, outro terço dos inquiridos assenta os princípios nos processos de tomada de decisão, sobressaindo questões como a competência, a ética e a transparência das decisões, bem como a necessidade destas de basearem em informação, e os restantes apresentam respostas que conjugam ambas as perspectivas. O próximo comentário, proferido por um dos atores entrevistados, espelha bem este duplo ponto de vista: *“Enquanto princípios genéricos, vou falar com base nos nossos valores essenciais. E o princípio genérico básico para mim é o da equidade, seguindo-se o do acesso, embora estejam ligados, e depois em último lugar, o da eficiência, porque se esse também não for garantido nenhum dos outros dois consegue ser garantido. Estes são os três princípios genéricos básicos que devem nortear a decisão de qualquer política de saúde. (...) Não pondo isto minimamente em causa, juntaria questões fundamentais como a transparência, a responsabilização e as questões éticas, que eu acho que estão por vezes muito afastadas da nossa decisão”*. Refira-se que esta interpretação é extensível às sub-regiões em estudo, não se verificando uma incidência na natureza da resposta, quer por parte dos atores do Baixo Vouga, quer no caso dos entrevistados da Beira Interior Sul.

Já no que respeita a dimensão territorial, a quase totalidade dos inquiridos não aborda este fator, nem enquanto princípio, nem enquanto argumento justificativo dos princípios referidos. De facto, dos 13 entrevistados, somente um sublinha a acessibilidade geográfica enquanto um dos três princípios a adotar na formulação de políticas de saúde, observando-se ainda um outro auscultado que contempla a dimensão territorial enquanto justificação argumentativa do princípio de equidade. Esta postura por parte dos entrevistados parece indiciar uma menor sensibilidade no que respeita à necessidade de refletir de forma conjunta as áreas da saúde e do território. E, mais uma vez, não se verifica qualquer incidência diferenciadora da resposta entre as sub-regiões do Baixo Vouga e da Beira Interior Sul.

5.3.2. *Trade-off equidade/eficiência e dimensão territorial na saúde*

1. Princípios prioritários

Seguindo a mesma estrutura das entrevistas realizadas aos decisores políticos, cuja discussão se efetuou no terceiro capítulo, procura aqui sistematizar-se o posicionamento dos atores locais e regionais da região em estudo face ao *trade-off* equidade/eficiência. O ponto de partida para esta discussão foram os mesmos cinco princípios já descritos:

- *Maximizar o acesso a cuidados de saúde* (i.e. lógica de minimização de distâncias e/ou de tempos de deslocação);
- *Maximizar a oferta com base na dimensão populacional* (i.e. lógica de concentração de serviços em áreas de maior densidade);
- *Maximizar a oferta com base nas necessidades populacionais* (i.e. lógica de concentração de serviços junto de determinados grupos populacionais);
- *Maximizar a especialização e a variedade através da concentração* (i.e. lógica de aquisição de ganhos em economias de escala e gama);
- *Maximizar o resultado dos cuidados de saúde ao custo mínimo* (i.e. lógica de organização dos cuidados de saúde para promover uma melhoria de produtividade dos meios com o menor custo possível).

Considerando, em primeiro lugar, a Região Centro de uma forma global, é possível afirmar que mais de metade dos entrevistados colocou a proximidade aos serviços de saúde enquanto princípio prioritário a seguir, mormente em relação aos cuidados de saúde primários e cuidados continuados. Mas aqui foi reforçado por alguns desses atores o argumento de que a proximidade aos cuidados pode ser garantida, não só pela existência das unidades de saúde *per se*, mas também através da deslocação dos serviços até ao domicílio ou, nas palavras de um dos entrevistados, “*maximizar o acesso significa, também e sobretudo, levar o sistema de saúde a casa*”. Esta questão foi salientada essencialmente por dois motivos: por um lado, pela impossibilidade do ponto de vista financeiro de disponibilizar cuidados de saúde por todo o território e, por outro, pela necessidade de garantir a qualidade dos serviços prestados, o que implica a existência de profissionais de saúde em número e hora suficientes para prestar os devidos cuidados.

Ainda no âmbito do acesso a cuidados de saúde, importa aqui ter presente o facto de ter sido referido, ainda que por uma minoria, que no conceito de acesso a vertente geográfica, para a qual têm influência as vias de comunicações e o sistema de transportes, não é fundamental, mas antes o tempo útil em que se conseguem as consultas (programadas ou não) em função das necessidades das pessoas.

Com particular interesse para cerca de metade dos entrevistados, por razões de aposta na ideia de *saúde centrada nas pessoas*, surge a ótica de disponibilizar serviços de saúde junto de determinados grupos

populacionais com base nas suas necessidades, reforçando-se aqui a importância de se estar atento ao fenómeno do envelhecimento demográfico.

A questão da qualidade dos cuidados prestados foi o argumento apresentado por cerca de 1/3 dos atores para sublinhar a importância da concentração dos serviços de acordo com a dimensão populacional em detrimento da proximidade dos serviços. O seguinte comentário por parte de um dos entrevistados espelha bem esta posição: *“o importante para mim não é garantir o acesso à porta de casa; é o garantir o acesso num local que seja adequado com uma coisa fundamental que é a qualidade naquilo que é prestado às pessoas. (...) Tenho de ter a garantia de que aquilo que me fazem é a melhor prática e para garantir as melhores práticas tenho de, por vezes, fazer concentrações”*.

O argumento da concentração surgiu também associado à procura de uma maior eficiência dos serviços, facto vincado também por cerca de 1/3 dos atores para sublinhar a sua prioridade assente na lógica de aquisição de ganhos em economias de escala e gama. Mas se a questão da qualidade se colocou, quer para os cuidados de saúde primários, quer para os cuidados hospitalares, aqui a ênfase recaiu mais nos cuidados hospitalares.

A importância de maximizar o resultado dos cuidados de saúde ao custo mínimo emerge também enquanto prioridade junto de cerca de 1/3 dos entrevistados, sendo justificada essencialmente pela conjuntura económica atual, pelos gastos elevados que ainda se verificam nos serviços de saúde.

A transposição da discussão destes resultados para as sub-regiões em estudo mostra que o posicionamento dos atores face à questão colocada não difere substancialmente do Baixo-Vouga para a Beira Interior Sul, dando, de uma forma geral, igual prioridade à questão da proximidade e à disponibilização da oferta face às necessidades. No entanto, quando se estende a análise à tipologia dos atores entrevistados, a questão da proximidade ganha particular relevo junto das entidades com maior ligação às políticas de base territorial, como sejam as autarquias, as comunidades intermunicipais ou a CCDRC.

O próximo quadro procura apresentar os principais pontos referidos pelos entrevistados para cada princípio que justificam a sua utilização ou não utilização enquanto prioridade, tendo em consideração o nível de consenso da argumentação:

+++ *Argumento apresentado por mais de metade dos entrevistados*

++ *Argumento apresentado por 4 a 6 dos entrevistados*

+ *Argumento apresentado por 1 a 3 dos entrevistados*

Quadro 67: Prioridades de intervenção no âmbito do *trade-off* equidade/eficiência

	<i>Por que e quando é prioritário?</i>		<i>Por que e quando não é prioritário?</i>	
	<i>Razões</i>	<i>Nível de consenso</i>	<i>Razões</i>	<i>Nível de consenso</i>
<i>Maximizar o acesso a cuidados de saúde</i>	Dirigido essencialmente para os cuidados de saúde primários	+++	A proximidade é despiciente para os cuidados hospitalares, não só porque para se produzirem bons resultados deve-se ter escala, mas também porque os utentes devem deslocar-se primeiro aos cuidados de saúde primários	+++
	A noção de cuidados de proximidade significa também levar o sistema de saúde a casa das pessoas	++	É preciso garantir a qualidade dos cuidados prestados, o que significa a existência de patamares mínimos do número de profissionais de saúde	++
<i>Maximizar a oferta com base na dimensão populacional</i>	Para a oferta dos cuidados hospitalares	++		
	Fator determinante para garantir a qualidade dos cuidados prestados e obter ganhos em saúde	++		
	Questão determinante quando a região apresenta problemas ao nível do sistema de transportes	+		
<i>Maximizar a oferta com base nas necessidades populacionais</i>	Com particular interesse por razões de discriminação positiva atendendo ao rendimento ou escalão etário (e.g. envelhecimento)	++	Quando não se tem conhecimento e informação suficientes para atuar em conformidade	+
	Quando se quer atuar tendo por base a ideia de saúde centrada nas pessoas	+		
<i>Maximizar a especialização e a variedade através da concentração</i>	Por razões de eficiência e qualidade	++		
	Dirigido para os cuidados hospitalares	++		
<i>Maximizar o resultado dos cuidados de saúde ao custo mínimo</i>	Por razões de diminuição de custos	++	Contrasta com a ideia da saúde centrada nas pessoas	+
	Pode ser uma situação provisória e em muito associada à conjuntura atual	++	Embora importante, não deve condicionar outros princípios	+

2. Avaliação da realidade e das políticas atuais

Neste ponto procura discutir-se como os atores locais e regionais entrevistados, tendo presente os princípios que tinham apontado como sendo prioritários, analisavam e avaliavam, quer a realidade existente no sistema de saúde português (em geral) e na região (em particular), quer as atuais políticas.

Uma primeira observação vai para o facto de a maioria dos entrevistados, pelo menos na reação inicial, ter mostrado alguma renitência em efetuar uma avaliação positiva ou negativa no âmbito da temática em análise. De facto, muitos dos atores tendiam a posicionar-se numa situação neutra, com observações favoráveis e outras desfavoráveis no que respeita à realidade e às políticas.

Com o desenrolar das entrevistas, porém, foi possível verificar que a avaliação foi bem mais crítica quando a discussão se centrava nas orientações políticas do que a realidade concreta da região. O seguinte comentário efetuado por um dos atores ilustra bem a postura adotada por cerca de metade dos entrevistados: *“Na nossa região não estamos tão mal quanto isso! (...) [quanto às orientações políticas] Mas há orientações? As prioridades resumem-se a fazer ao custo mínimo!”*

À semelhança do verificado no âmbito das entrevistas com os decisores políticos, o diagnóstico traçado incidiu maioritariamente sobre os fatores internos associados ao sistema nacional de saúde. E aqui as principais observações centraram-se no facto de as reformas dos cuidados de saúde primários e dos cuidados continuados estarem por terminar (com especial ênfase para estes últimos) e na defeituosa articulação que ainda se verifica de uma forma geral entre os diferentes tipos de cuidados. Mas também é de realçar o facto de surgir aqui uma preocupação que não foi tão abordada pelos decisores políticos – que a situação económica e social estar já a trazer repercussões ao nível da saúde e do acesso a cuidados por parte de muitas populações. Neste contexto a máxima *“quanto mais pobre mais doente e quanto mais doente mais pobre”* foi mencionada por um dos atores para exemplificar os problemas que estão já de facto a verificar-se. Por outro lado, e ao contrário do observado junto dos decisores políticos, não foi efetuado qualquer comentário sobre a organização dos órgãos da Administração Central e Regional do Ministério da Saúde.

Uma análise mais meticulosa deste diagnóstico em função da tipologia de atores entrevistados no que respeita à sua atividade profissional mostra que há um reconhecimento geral de que há a necessidade de atuar sobre um conjunto de fatores. Apesar de tudo, são as entidades que estão mais ligadas diretamente à área dos cuidados de saúde que são mais assertivas nas críticas que apresentam, quer em relação à realidade da região, quer no que respeita às orientações políticas.

O próximo quadro procura apresentar de forma sintética os principais pontos positivos e negativos que os atores locais e regionais referiram na apreciação que fazem da realidade e das políticas atuais. Para uma melhor leitura dos argumentos apresentados pelos entrevistados, optou-se por estruturar as suas observações em torno de 5 domínios de orientação: organização dos prestadores de cuidados de saúde, situação económica e social, sustentabilidade financeira do sistema de saúde, processo de tomada de decisão e papel do Estado no sistema de saúde. À semelhança do efetuado no quadro anterior, também aqui se apresenta o nível de consenso da argumentação.

Quadro 68: Avaliação da realidade e das políticas atuais

<i>Aspetos avaliados como positivos</i>		<i>Aspetos avaliados como negativos</i>	
<i>Domínio de avaliação</i>	<i>Nível de consenso</i>	<i>Domínio de avaliação</i>	<i>Nível de consenso</i>
Sustentabilidade financeira do sistema de saúde		Organização dos prestadores de cuidados de saúde	
... Contexto atual adverso e sistema de saúde sem margem do ponto de vista financeiro, pelo que algumas medidas com vista à eficiência estão a ser bem implementadas	+	... Não continuidade das reformas dos cuidados de saúde primários e dos cuidados continuados	+++
		... Deficiente articulação entre os diferentes tipos de cuidados de saúde	++
Processo de tomada de decisão		... Acessibilidade geográfica para CSP em alguns locais é preocupante para determinados grupos sociais (e.g. idosos)	+
... “Visão objetiva do Ministro para resolver determinadas questões, procurando não compactuar com <i>lobbies</i> ”	++	... Ausência de discriminação positiva em territórios de baixa densidade, quer em número de serviços de saúde, quer em número de profissionais de saúde	+
		... Insuficiente acompanhamento de cuidados na comunidade	+
		... Organização administrativa referente às áreas de influência dos cuidados hospitalares e dos cuidados de saúde primários (nomeadamente os ACES) que em muitas situações não coincide e dificulta articulações	+
		Situação económica e social	
		... Os problemas sociais (e.g. desemprego) afetam a saúde dos cidadãos e o seu acesso aos cuidados	++
		... Parca preparação para o fenómeno do envelhecimento demográfico	++
		Sustentabilidade financeira do sistema de saúde	
		... “As prioridades resumem-se a fazer ao custo mínimo”	+++
		Processo de tomada de decisão	
		... Decisões sujeitas a pressões e a uma lógica de oportunismo político	+

...	Pouco conhecimento do que se passa “no terreno” e respostas <i>ad hoc</i> (e.g. “tem-se definido a oferta sem se saber se responde de facto às necessidades da procura”)	+
Papel do Estado no sistema de saúde		
...	Risco de o SNS no futuro se direccionar somente para as pessoas de baixo rendimento, colocando as funções do Estado Social numa lógica de assistência social	+

Sendo certo que os comentários acima elencados não se direccionam especificamente para cada uma das sub-regiões, não é menos verdade que eles ilustram de alguma forma a percepção que os próprios atores também têm dos problemas que o seu território apresenta. Ainda assim, quando instigados a fazer uma avaliação da sua região, os entrevistados efetuaram observações específicas para sublinhar quais, na sua ótica, eram as questões mais prementes. E aqui importa referir que atores da Beira Interior Sul foram mais críticos em relação à sua região quando comparados com os atores do Baixo Vouga.

No caso particular do Baixo Vouga, foram destacados como fatores positivos pela maioria dos atores o bom acesso aos cuidados de saúde primários, o número de camas de cuidados continuados que vai respondendo, para já, à procura existente (o que não impede, contudo, que tenha de haver uma visão estratégica que considere as implicações do envelhecimento demográfico que se tem verificado) e os indicadores de saúde que retratam a região (e.g. taxa de mortalidade infantil). Pelo contrário, a imagem do Centro Hospitalar do Baixo Vouga e a sua organização, as diferentes áreas de influência entre o Centro Hospitalar e o ACES e o fraco sistema de transportes regional, foram referidos como sendo os principais fatores depreciativos da região. Já no que respeita a Beira Interior Sul, foram apontados como aspetos positivos pela maioria dos atores a melhoria verificada na articulação entre os cuidados primários e os cuidados hospitalares com a criação da ULS e a existência de uma rede de transportes públicos razoável (pese embora o seu horário ser demasiado diminuto) para proporcionar um meio de transporte alternativo ao mais usado – o automóvel privado. Do lado oposto, importa salientar os problemas de acessibilidade geográfica que ainda se verificam em alguns locais mais remotos para determinados grupos sociais, designadamente os idosos, um défice de profissionais de saúde e a existência de problemas sociais que decorrem já da conjuntura económica que o país atravessa, com especial repercussão junto dos idosos.

Uma leitura conjunta sobre estes diagnósticos regionais indica que em ambos os casos há uma preocupação com as questões sociais, designadamente com o envelhecimento da população. Mas aponta também para o facto de os serviços e cuidados de saúde prestados serem percecionados de forma distinta: se num caso os cuidados de saúde primários são avaliados positivamente e, pelo

contrário, os cuidados hospitalares são apresentados como tendo uma má imagem e organização, já no outro caso o acesso aos cuidados primários ainda pode ser problemático para algumas populações, mas a ULS é vista como sendo uma mais-valia para a região.

3. Dos princípios às políticas: o que fazer do ponto de vista da tomada de decisão?

Partindo dos princípios definidos como prioritários pelos entrevistados, bem como da avaliação que fazem da realidade (do sistema nacional de saúde e da região em particular) e da trajetória das políticas atuais, procurou indagar-se quais as orientações de política que, na sua ótica, deveriam ser formuladas atualmente por forma a debelar alguns dos atuais problemas mencionados e consequentemente contribuir para uma melhoria do estado de saúde dos cidadãos. As políticas apontadas pelos entrevistados focaram-se fundamentalmente no domínio da organização dos prestadores de cuidados de saúde, visando, quer uma discriminação positiva de áreas mais remotas e de determinados grupos sociais (designadamente os idosos), quer o continuar da reforma dos cuidados continuados e assim estar preparado para fazer face ao envelhecimento populacional, quer ainda uma maior articulação entre os diferentes tipos de prestação de cuidados. Por outro lado, houve também algum consenso em torno da necessidade de se incrementar o diálogo entre instituições nos processos de tomada de decisão, bem como na importância de se apostar na literacia em saúde, promovendo a participação e educação dos utentes na área da saúde. Importa, contudo, referir que para alguns dos entrevistados este ‘exercício’ revelou-se um pouco difícil, designadamente para os atores pertencentes a entidades com maior ligação às políticas de base territorial. Importa aqui recordar, a título de exemplo, a reação imediata de dois atores à questão colocada *“que políticas devem ser formuladas para ultrapassar os problemas referidos”*. Num dos casos, um ator referiu prontamente *“sei lá”* e, num outro, surgiu o seguinte comentário: *“Na área da saúde há aqui alguma condenação que nós sentimos neste aspeto. A saúde é muito centralizada, excessivamente centralizada, penso que nos sectores todos e daí, se calhar, esse desconhecimento desses sectores todos importantes para a boa vivência do cidadão. Aquilo que mais escapa, que sentimos mais longe, mais afastado, é o tema da saúde.”*

O próximo quadro procura sistematizar o que, de acordo com os atores locais e regionais entrevistados, devem ser as linhas de orientação prioritárias. À semelhança do quadro anterior, procura também aqui espelhar-se de que forma essas orientações são coerentes com o diagnóstico apresentado pelos entrevistados. E, neste sentido, é possível observar que as linhas de orientação definidas tendem a responder ao diagnóstico traçado especialmente no que respeita à organização dos cuidados de saúde ou aos processos de tomada de decisão, ficando de certa forma ausente uma resposta às observações relacionadas com o retrato que fizeram em relação à situação económica e social, à sustentabilidade financeira do sistema de saúde e ao papel do Estado no sistema de saúde.

Quadro 69: Linhas de orientação prioritária

Domínio de orientação política	Linhas de orientação	Nível de consenso	Relação com diagnóstico (aspetos avaliados como positivos)	Relação com diagnóstico (aspetos avaliados como negativos)
Organização dos prestadores de cuidados de saúde	Promover uma maior equidade de acesso aos cuidados de saúde, garantindo uma discriminação positiva de áreas mais remotas e de determinados grupos sociais (designadamente os idosos) através, ou da presença de serviços de saúde em determinados territórios (com consequente aumento de profissionais de saúde e equipamentos), ou da procura de soluções alternativas de acesso	+++	/	Acessibilidade geográfica para CSP em alguns locais é preocupante para determinados grupos sociais (e.g. idosos) Ausência de discriminação positiva em territórios de baixa densidade, quer em número de serviços de saúde, quer em número de profissionais de saúde
	Continuar a reforma dos cuidados continuados, repensando os cuidados tendo em conta o acentuado envelhecimento populacional que se verifica, garantindo que os utentes fiquem mais perto dos familiares e contribuindo para uma diminuição das despesas de utilização de camas hospitalares	+++	/	Não continuidade das reformas dos cuidados de saúde primários e dos cuidados continuados
	Reformular a oferta de cuidados hospitalares, concentrando os cuidados de elevada diferenciação e aumentando o números de médicos de determinadas especialidades	++	/	/
	Coordenar os diferentes tipos de cuidados de saúde, agilizando a referência de utentes entre os cuidados primários, os hospitalares e os continuados e assegurando uma articulação e continuidade de cuidados e garantindo uma fluidez nos circuitos que os utentes necessitem de percorrer	++	/	Deficiente articulação entre os diferentes tipos de cuidados de saúde Organização administrativa referente às áreas de influência dos cuidados hospitalares e dos cuidados de saúde primários (nomeadamente os ACES) que em muitas situações não coincide e dificulta articulações
	Ampliar o papel dos cuidados de saúde primários junto das comunidades, apostando no serviço domiciliário (especialmente junto dos idosos) e reforçando o papel do Conselhos da Comunidade	++	/	Insuficiente acompanhamento de cuidados na comunidade
Processo de tomada	Incrementar o diálogo entre instituições, assegurando o	++	/	Pouco conhecimento do que se passa

de decisão	envolvimento dos diversos atores locais e regionais (não só os diretamente ligados aos cuidados de saúde) e incentivando as respetivas complementaridades			“no terreno” e respostas ad hoc (e.g. “tem-se definido a oferta sem se saber se responde de facto às necessidades da procura”)
	Apoiar a tomada de decisões com recurso a informação técnica, desenvolvendo mecanismos de aquisição e análise de informação útil para o planeamento em saúde e uma utilização racional dos recursos disponíveis	+	“Visão objetiva do Ministro para resolver determinadas questões, procurando não compactuar com <i>lobbies</i> ”	Decisões sujeitas a pressões e a uma lógica de oportunismo político
Organização de processos educacionais e culturais	Apostar na literacia em saúde, promovendo a participação e educação dos utentes na área da saúde	++	/	/

4. Os métodos de suporte à decisão

Tentou aferir-se junto dos entrevistados quais os métodos de suporte à decisão que, na sua opinião, são mais usados nos processos de formulação e tomada de decisão na saúde pelos decisores políticos. Por forma a facilitar a análise das respostas, foram apresentados quatro métodos:

- Análises objetivas que reflitam as vontades dos cidadãos, como por exemplo o recurso à Análise Custo-Benefício;
- Análises baseadas na opinião de peritos, como por exemplo o recurso à Análise Multicritério;
- Análises baseadas no desenvolvimento de técnicas de participação dos principais agentes interessados, quer da esfera da oferta, quer representantes da procura (e.g. determinadas associações);
- Análises baseadas na auscultação dos cidadãos em geral, seja do ponto de vista presencial, seja recorrendo ao auxílio das TIC.

Na opinião da grande maioria dos entrevistados, os decisores políticos não baseiam as suas decisões num método específico, tendendo a atuar de forma reativa, sem uma matriz homogénea de critérios técnicos e sofrendo pressões políticas. Os seguintes comentários ilustram um sentimento generalizado:

“Teoricamente é um pouco de tudo. Na prática é um bocado diferente... Falta aqui a componente política da questão e a pressão que se nota. Chega-se à altura de tomar a decisão e há dois ou três telefonemas do amigo lá da terra e a coisa tem uma certa inclinação à própria da hora.”

“Cada caso é um caso e cada decisão é tomada de forma ad hoc sujeita a pressões políticas. Além do mais, para se tomar decisões é preciso informação...”

“Cada caso é um caso (...) se o Ministério da Saúde tivesse critérios objetivos e claros poderia olhar-se para o território e percebia-se a lógica da decisão... o que na realidade não acontece!”

A necessidade de ter acesso a informação para a tomada de decisões políticas, bem como de definir critérios técnicos (com uma base uniforme para as grande orientações e depois territorialmente contextualizados), foi, de facto, uma questão sublinhada pela maioria dos entrevistados. Mais uma vez, atente-se aos seguintes comentários que exemplificam bem a opinião generalizada:

“A Administração Central tem sido muito constituída por pessoas que estão muitos anos e que vão replicando o que é uma prática pouco pensada e estruturada. E não se deslocam aos locais para verem por si. (...) Acho que há um afastamento total daquilo que é a realidade. Mas, de uma forma geral, a perceção que existe é que o processo está invertido: tomam-se primeiro as decisões e depois fazem-se as contas e os estudos.”

“Penso que as decisões são tomadas de forma ad hoc e sem se olhar para as características particulares de cada território. (...) É preciso perceber quais são as realidades e isso implicaria de facto estudos mais profundos em cada território, percebendo-se que para cada território a resposta é diferente, os próprios atores são diferentes, a resposta é diferente... O planeamento tem de ser feito com o maior número de dados rigorosos, demora-se mais tempo: ok,

demoramos mais tempo! Mas os resultados depois na execução serão totalmente diferentes, se fizéssemos isso de uma forma muito mais rigorosa e se investíssemos mais dinheiro... Pouparíamos depois no resto.”

Refira-se que foram muito poucos os atores que apontaram algum método de suporte à decisão, indicando neste caso a análise baseada no recurso a peritos e no desenvolvimento de técnicas de participação dos principais agentes interessados. Mas ainda assim um dos entrevistados visou a importância de ter acesso a informação para tomar as decisões: *“a ideia que tenho é que as decisões partem de grupos de trabalhos constituídos e depois há a decisão política, que é a que condiciona em última instância tudo... Não é mau que seja, agora ela devia estar suportada por informação”*.

Procurando relacionar a perspetiva dos atores entrevistados com a sua atividade profissional, não foi viável estabelecer qualquer padrão de resposta. Não obstante, já foi possível verificar que os entrevistados que apontaram algum método de suporte à decisão são formados em gestão/economia ou possuem especialização neste domínio.

Quando se procurou indagar como eram operacionalizadas pelas entidades dos atores regionais e locais as orientações que emanavam dos decisores políticos, isto é, se haveria algum método de apoio à decisão usado preferencialmente quando tomavam/executavam as decisões, a generalidade dos inquiridos foi incapaz de basear a sua resposta num procedimento em concreto, aludindo que dependia muito das situações, embora fossem acrescentando que a auscultação dos principais agentes interessados é mais preponderante à escala local do que a outras escalas. Refira-se que, quando questionados a exemplificarem as tais situações, a resposta foi sempre de natureza genérica, não articulando por isso os métodos de suporte à decisão com políticas ou escalas de atuação concretas, isto é, qual o método a usar em casos concretos.

Resumindo, para os entrevistados a decisão é maioritariamente tomada caso a caso, com uma forte componente política, devendo, ao contrário da prática habitual, basear-se em informação em concreto (componente técnica, via por exemplo uma análise multicritério) e tendo em consideração o diálogo e o envolvimento das partes interessadas. No entanto, e à semelhança do observado durante as entrevistas realizadas aos decisores políticos, também aqui a ausência de ligação dos métodos de suporte à decisão com objetivos de política e escalas de atuação concretas não permitiu aferir se o peso relativo de cada uma destas componentes variava com as escalas e com a dimensão e complexidade das questões em causa.

5. Uma perspetiva *escalar*: onde atuar?

Também nesta questão a resposta foi sempre de natureza genérica, não se efetuando qualquer paralelismo entre as escalas e os objetivos de política traçados. De uma forma global, os atores são da opinião que o processo de tomada de decisão deve estar bem estruturado, hierarquizado e transparente, cabendo a cada escala as seguintes funções:

- Escala nacional: definição das grandes linhas de orientação;
- Escala regional: definição de estratégias contextualmente referenciadas, proporcionando um bom elo de ligação entre as orientações nacionais e as especificidades locais e articulando as políticas com os recursos;
- Escala local: Concretização das políticas emanadas dos níveis central e regional, promovendo o diálogo interinstitucional.

De acordo com os atores, a definição destas linhas de forma estruturada, hierarquizada e transparente significa também dotar as instituições da Administração Central e Regional de competências e orientações específicas de forma a que seja visível um *modus operandi* mais homogéneo. Neste contexto, atende-se a um dos comentários proferidos no âmbito das entrevistas: *“as ARS do Centro, do Sul, do Norte articulam-se de forma totalmente diferente. Não há uma uniformização na atuação destes vários órgãos e era desejável que houvesse, até para a gente não sentir aquilo que aqui designamos por interioridade. As pessoas sentem de facto que há uma aposta política maior no litoral do que no interior por parte da ARS”*.

6. Uma perspetiva institucional: quem envolver?

De forma similar à questão anterior, a resposta dada pelos atores locais e regionais foi também de natureza genérica, não efetuando qualquer paralelismo entre os objetivos de política traçados e as instituições a envolver em cada caso concreto.

Denota-se, desde logo, um consenso generalizado sobre o papel que deve ser reservado para o Governo e para a DGS: o primeiro com responsabilidades ao nível da formulação de estratégias e políticas e o segundo com maior vocação para a definição de orientações técnicas e normativas.

O argumento acima referido sobre a importância da escala regional foi aqui reforçado no âmbito do papel das ARS. De facto, o seu importante (potencial) contributo nos domínios técnico-político (com orientações estratégicas e servindo de elo de articulação entre os órgãos centrais e as instituições locais) e técnico-administrativo foi referido pela maioria dos entrevistados. Contudo, foram igualmente apontadas diversas críticas ao seu real funcionamento, que tende a adotar um papel mais reativo e técnico-administrativo e a revelar um parco conhecimento do que se passa no *terreno*.

Ainda na área da organização dos serviços de saúde, uma minoria dos atores mencionou os ACES e as respetivas unidades funcionais, cuja criação veio melhorar a prestação dos cuidados de saúde primários. Neste contexto, importa aqui fazer referência aos Conselhos da Comunidade cujo papel de incentivar a participação de diferentes agentes locais nas decisões referentes à saúde e à organização dos serviços de cuidados primários foi realçado.

Já no campo dos prestadores de cuidados, foi sublinhada, ainda que por uma minoria, o importante papel que as ULS podem desempenhar na articulação dos cuidados de saúde primários com os cuidados hospitalares.

Passando da esfera estrita dos serviços de saúde para a participação de outras entidades na temática em discussão, importa sublinhar o destaque dado pela maioria dos atores ao importante contributo que as Câmaras Municipais e as Juntas de Freguesia dão, quer na questão da promoção da saúde, quer e sobretudo na área dos transportes e das infraestruturas. Contudo, a sua atuação não está isenta de críticas, como ilustra este comentário de um dos atores: *“as autarquias atuam muito no âmbito da influência política... por exemplo, para terem hospitais na proximidade!”*

Ainda que por uma minoria de entrevistados, foram também mencionadas:

- As CCDR e as CIM, enquanto entidades com potencial papel para liderar uma estratégia regional designadamente no âmbito da promoção da saúde;
- As Escolas de Saúde, enquanto instituições importantes, tanto no apoio científico aos prestadores de cuidados, como na prestação de serviços de apoio à comunidade (e.g. Fisioterapia);
- As Associações de Voluntariado, cujo trabalho ganha particular importância na atual conjuntura económica e que visam, quer apoiar e divulgar questões relacionadas com a prevenção da doença e a promoção da saúde, quer prestar apoio domiciliário.

7. Uma perspetiva instrumental: com que mecanismos intervir?

Do ponto de vista da ligação das políticas de saúde (*o quê?*) aos instrumentos de política (*através de quê?*), as respostas foram, uma vez mais, de natureza abrangente e não específicas para os objetivos de política avançados previamente por cada um dos entrevistados.

Ao nível macro, o PNS foi quase unanimemente apontado como o instrumento estratégico e programático por excelência para a saúde a nível nacional. Pelo menos, do ponto de vista das expectativas, já que a grande maioria dos atores refere que na realidade este instrumento tem pouca aplicabilidade e influência ao nível local. Apenas o seguinte apontamento curioso: um dos atores referiu

que, embora esteja atento às orientações nacionais no domínio da saúde e leia a documentação que lhe vai chegando, não conhece o PNS.

Ainda ao nível nacional, foram também referidos, ainda que somente por uma minoria dos entrevistados, o memorando da *Troika*, enquanto instrumento claramente condicionador da linha estratégica da saúde em Portugal (e surgindo neste contexto a expressão “*infelizmente*”), e as circulares normativas enviadas pela DGS.

No âmbito da discussão em torno dos instrumentos de carácter nacional, foi mencionada a forma como a informação chegava aos outros atores, ou seja, tentou perceber-se como tinham eles acesso aos instrumentos e se havia pró-atividade por parte dos decisores políticos ao nível macro em disseminar o máximo de informação junto das instituições mais próximas das comunidades. As respostas aqui dividiam-se. Para os atores que trabalham diretamente no Ministério da Saúde, a informação é facultada essencialmente via TIC. Para os restantes atores, estes tinham de adotar uma postura não passiva, isto é, tinham de estar atentos e procurar informação. Ainda no âmbito da discussão, uma minoria sublinhou a importância de haver estruturas de diálogo entre as instituições nacionais e as locais para que os instrumentos programáticos possam ser consensuais e com maior grau de operacionalização.

Uma minoria dos entrevistados realçou também a importância de instrumentos à escala regional, designadamente o Plano Regional de Saúde (PRS). Mas foram os contratos-programa e as contratualizações os mecanismos que, pela sua objetividade e capacidade de acompanhamento e avaliação, adquirem maior preponderância na opinião dos atores entrevistados.

Uma referência foi ainda efetuada a um instrumento que não é do domínio da saúde, mas que pelas suas características pode ser útil na caracterização territorial e populacional e no desenvolvimento de iniciativas com vista à promoção da saúde: a Agenda 21 Local.

Por fim, foi ainda mencionada a importância da qualidade e competência das lideranças, fatores imprescindíveis para se formularem e operacionalizarem as políticas.

O próximo quadro procura apresentar uma síntese da articulação existente entre a escala de atuação, as principais instituições a envolver e os instrumentos primários de intervenção a utilizar. Trata-se de um exercício interpretativo dos comentários efetuados pelos entrevistados, não decorrente de uma articulação efetuada de forma explícita durante as entrevistas, mas que se revela útil para uma melhor compreensão sobre como os três itens em discussão se podem organizar.

Uma primeira leitura do quadro sugere que as observações efetuadas no âmbito da análise das entrevistas realizadas aos decisores políticos podem claramente ser extensíveis para esta discussão:

- Verifica-se um reduzido consenso ao nível das principais instituições a envolver na formulação das políticas de saúde, dos instrumentos de intervenção a utilizar e dos aspetos críticos sobre os quais importa ponderar para ultrapassar constrangimentos que existam;
- Ao nível macro, o principal instrumento a utilizar é o Plano Nacional de Saúde, essencialmente para a definição de linhas programáticas e de orientação, a desenvolver pelo Governo e órgãos da Administração Central, pese embora as críticas que lhe são dirigidas no que respeita à sua pouca aplicabilidade e influência a nível local;
- Ao nível regional, ganha preponderância a ARS e o seu papel estratégico, mas curiosamente foram poucos os atores que referiram o Plano Regional de Saúde como o respetivo instrumento de eleição;
- Ao nível mais próximo das comunidades, as instituições destacadas para promover a saúde e prestar apoio através das infraestruturas e transportes foram as autarquias, mas somente um dos atores é que mencionou um possível instrumento – a Agenda 21 Local.

Quadro 70: Relação escala de atuação / principais instituições a envolver / instrumentos primários de intervenção a utilizar

Escala	Instituições	Objetivos	Nível de consenso	Aspetos críticos	Nível de consenso	Instrumentos de política	Objetivos	Nível de consenso	Aspetos críticos	Nível de consenso
Nacional	Governo e órgãos da Administração Central	Formulação de orientações estratégicas, normativas e técnicas para o país	+++	/	/	Memorando da Troika	Definição de linhas estratégicas para o sector da saúde e com carácter condicionador da linha estratégica da saúde em Portugal	+	/	/
						Plano Nacional de Saúde	Definição de linhas programáticas e de orientação	+++	Pouca aplicabilidade e influência a nível local	+++
Regional	ARS	Definição de estratégias territorialmente contextualizadas Promoção de sinergias intersectoriais do ponto de vista das orientações estratégicas	++	Papel mais reativo e técnico-administrativo Parco conhecimento do que se passa no ‘terreno’	++	Plano Regional de Saúde	Definição das necessidades da região e planeamento dos serviços de saúde e da afetação de recursos	+	/	/
Sub-regional / local	ACES	Organização de cuidados de saúde primários	+	/	/	Contratualização	Definição de metas para monitorização e avaliação	++	/	/
	ULS	Articulação entre cuidados primários e cuidados hospitalares	+	/	/	Contrato-Programa	Definição de objetivos e metas para monitorização e avaliação	++	/	/
	Autarquias	Prevenção e promoção da saúde Apoio através das	+++	Natureza populista que prejudica uma visão	++	Agenda 21 Local	Caracterização territorial e populacional e desenvolvimento de	+	/	/

	infraestruturas e transportes		estratégica da saúde				iniciativas de promoção da saúde				
Escolas Superiores de Saúde	Apoio científico e prestação de serviços à comunidade	+	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Associações de voluntariado	Apoio à população na promoção da saúde e em necessidades domiciliárias	+	/	/	/	/	/	/	/	/	/

8. Das políticas à sua operacionalização: o que fazer na prática?

Tendo como ponto de partida as orientações políticas sugeridas pelos entrevistados, procurou perceber-se como estas se poderiam traduzir em ações práticas, ou seja, como proceder e quais os meios operacionais necessários para cumprir os objetivos de política formulados.

O próximo quadro apresenta uma síntese esquemática desta relação orientações estratégicas/ operacionalização. Para tal, seguiu-se a mesma lógica de apresentação centrada em três domínios sobre os quais se centravam os objetivos de política: organização dos prestadores de cuidados de saúde, processo de tomada de decisão e organização de processos educacionais e culturais.

Como observado antes, o domínio referente à organização dos prestadores de cuidados de saúde era o que apresentava, não só o maior número de linhas de orientação (isto é, os argumentos apresentados pelos entrevistados centrava-se mais neste ponto), como também o maior consenso em termos de objetivos de política a adotar. No âmbito, agora, da sua operacionalização, esta focou particularmente a ideia de se promover uma maior equidade de acesso aos cuidados de saúde, garantindo uma discriminação positiva de áreas mais remotas e de determinados grupos sociais. E aqui as atenções concentraram-se sobretudo no desenvolvimento de medidas complementares/alternativas à proximidade física dos serviços de saúde, seja através da criação de um sistema de transportes a pedido, seja por intermédio do reforço do uso das TIC para consultas e monitorização de cuidados à distância.

Em relação às restantes linhas de orientação (neste e nos outros domínios), as medidas apresentadas para sua operacionalização, não só foram em número reduzido, como o nível de consenso foi bastante baixo, o que não deixa de ser curioso face ao nível de consenso que alguns objetivos de política obtiveram.

Quadro 71: Operacionalização das linhas de orientação prioritária

Domínio de orientação política	Linhas de orientação	Nível de consenso	Operacionalização	Nível de consenso
Organização dos prestadores de cuidados de saúde	Promover uma maior equidade de acesso aos cuidados de saúde, garantindo uma discriminação positiva de áreas mais remotas e de determinados grupos sociais (designadamente os idosos) através, ou da presença de serviços de saúde em determinados territórios (com consequente aumento de profissionais de saúde e equipamentos), ou da procura de soluções alternativas de acesso	+++	Desenvolvimento de serviços de transporte itinerantes (a pedido ou fixos), em articulação com as Autarquias Promoção de consultas com recurso às TIC e monitorização de cuidados à distância Incremento do número de profissionais de saúde Transferência de algumas intervenções e competências de médicos para outros profissionais de saúde Desenvolvimento de <i>unidades de saúde móveis</i>	+++ ++ + + +
	Continuar a reforma dos cuidados continuados, repensando os cuidados tendo em conta o acentuado envelhecimento populacional que se verifica, garantindo que os utentes fiquem mais perto dos familiares e contribuindo para uma diminuição das despesas de utilização de camas hospitalares	+++	Agilização dos processos para que os equipamentos já construídos ou reabilitados possam entrar em funcionamento o mais depressa possível Dotação dos profissionais de saúde que trabalhem em cuidados continuados de competências (e sensibilidade) adequadas	+ +
	Reformular a oferta de cuidados hospitalares, concentrando os cuidados de elevada diferenciação e aumentando o números de médicos de determinadas especialidades	++	Definição das especialidades médicas que cada hospital da região deve concentrar e aclarar as respetivas complementaridades e os mecanismos de referenciação necessários para uma resposta eficiente e equitativa às necessidades das populações	+
	Coordenar os diferentes tipos de cuidados de saúde, agilizando a referenciação de utentes entre os cuidados primários, os hospitalares e os continuados e assegurando uma articulação e continuidade de cuidados e garantindo uma fluidez nos circuitos que os utentes necessitem de percorrer	++	Reformulação da organização administrativa referente às áreas de influência dos cuidados hospitalares e dos cuidados de saúde primários (nomeadamente os ACES) para que coincidam	+
			Parametrização da referenciação estruturada (elaboração de manuais de referenciação)	+
			Integração clínica entre cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares (normas de orientação clínica, protocolos clínicos, registos médicos, resultados clínicos, programação clínica, serviços clínicos de suporte)	+
			Disponibilização total da Plataforma de Dados da Saúde Difusão de Unidades Locais de Saúde pelo território nacional	+ +

	Ampliar o papel dos cuidados de saúde primários junto das comunidades, apostando no serviço domiciliário (especialmente junto dos idosos) e reforçando o papel do Conselhos da Comunidade	++	Definição das necessidades populacionais, identificação das pessoas que necessitam de cuidados domiciliários, programação das visitas e criação de equipas multidisciplinares (profissionais de saúde, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas...)	+
Processo de tomada de decisão	Incrementar o diálogo entre instituições, assegurando o envolvimento dos diversos atores locais e regionais (não só os diretamente ligados aos cuidados de saúde) e incentivando as respetivas complementaridades	++	Implementação dos Conselhos de Comunidade dos ACES por todo o país com reforço das suas competências e do número de reuniões	+
	Apoiar a tomada de decisões com recurso a informação técnica, desenvolvendo mecanismos de aquisição e análise de informação útil para o planeamento em saúde e uma utilização racional dos recursos disponíveis	+	/	/
Organização de processos educacionais e culturais	Apostar na literacia em saúde, promovendo a participação e educação dos utentes na área da saúde	++	/	/

9. Aferição da natureza das respostas face ao objetivo delineado

Para se ter uma noção global do posicionamento adotado pelos atores regionais e locais entrevistados face ao objetivo delineado – *compreender como o entrevistado se posiciona perante o trade-off equidade/eficiência na saúde (em geral) e nos cuidados de saúde (em particular) tendo em consideração a dimensão territorial* –, bem como para se perceber qual a importância que dão à dimensão territorial e se essa importância se traduz em ações práticas (ainda que do ponto de vista discursivo), definiu-se a seguinte tipologia:

- A. As respostas do entrevistado sugerem que ordena os cinco princípios apresentados e justifica os prioritários mas não valoriza a dimensão territorial;
- B. As respostas do entrevistado sugerem que ordena os cinco princípios apresentados e justifica os prioritários, valorizando, ainda que parcialmente, a dimensão territorial;
- C. As respostas do entrevistado sugerem que compreende e precisa a problemática em termos teóricos, articulando as ideias de equidade e eficiência com as questões territoriais ao nível da formulação de políticas;
- D. As respostas do entrevistado sugerem que consegue operacionalizar a teoria e traduzi-la em algumas questões práticas (e.g. é capaz de elaborar um plano de ação);
- E. As respostas do entrevistado sugerem que consegue operacionalizar a teoria, explicitando os meios, os critérios e a informação que é necessário recolher para colocar em prática o que propõe.

A interpretação da natureza das respostas face ao objetivo delineado sugere que:

- Em termos gerais, a maioria dos decisores e ex-decisores de políticas de saúde conceitualiza a problemática em causa, articulando as ideias de equidade e eficiência com as questões territoriais ao nível da formulação de políticas (tipologia C);
- Aproximadamente ¼ dos entrevistados traduz essa conceitualização em ações práticas (tipologia D), embora nenhum dos decisores e ex-decisores de políticas de saúde explicitasse claramente os meios, os critérios e a informação que é necessário recolher para colocar em prática cada uma das linhas de orientação definidas (tipologia E);
- Também cerca de ¼ dos, embora procure responder ao desafio lançado (ordenando os cinco princípios apresentados e justificando os prioritários) e valorize (ainda que por vezes parcialmente) a dimensão territorial na formulação de políticas de saúde (tipologia B), não avança com sugestões ao nível da formulação de orientações políticas.

Uma primeira leitura desta análise sugere que, de uma forma global, os atores da Região Centro, com influência direta e indiretamente na prestação de cuidados de saúde, possuem alguma sensibilidade no que respeita à articulação saúde/território. Mas também indicia alguma dificuldade em operacionalizar as questões, preferindo manter um discurso mais assertivo e crítico em relação ao que atualmente se faz, ou mesmo procurando apresentar as razões porque se fazem dessa forma. Este posicionamento

contradiz, de certa forma, as expectativas iniciais de que estes atores, por estarem em instituições mais próximas da comunidade quando comparados com os decisores políticos, mais facilmente apresentariam planos de ação para os objetivos de política delineados.

Esta questão pode, no entanto, ser parcialmente explicada pelo facto de se estar a discutir uma temática mais direcionada para os prestadores de cuidados de saúde, havendo uma menor sensibilidade e/ou conhecimento por parte dos restantes atores para o domínio dos cuidados de saúde *tout court*. E, de facto, a análise destes resultados à luz das tipologias já identificadas sobre a atividade profissional dos atores, sugere que são aqueles que exercem uma atividade ligada diretamente à área dos cuidados de saúde (em que se incluem os prestadores de cuidados, a ARS e a APDH), que conseguem operacionalizar a temática em discussão e traduzi-la em algumas questões práticas. Aliás, em certas situações, a primeira reação de alguns atores quando confrontados com algumas questões vem ao encontro das observações efetuadas, referindo prontamente que não se sentiam numa posição confortável para avançar com ideias/soluções no âmbito estrito dos cuidados de saúde.

Por outro lado, procurou também relacionar-se a natureza das respostas com as habilitações académicas dos entrevistados. Aqui, foi também possível distinguir-se uma postura mais consensual por parte dos que detêm uma formação na área da saúde, evidenciando uma maior facilidade em traduzir a conceitualização da temática em discussão em ações práticas (tipologia D).

Quando se particulariza a análise às duas sub-regiões em estudo, uma leitura do posicionamento dos atores sugere que na Beira Interior Sul há uma maior sensibilidade para a relação saúde/território e uma maior capacidade de propor ações/soluções para a operacionalização das orientações políticas delineadas do que no Baixo Vouga.

5.3.3. Fatores externos aos cuidados de saúde nos processos de tomada de decisão

1. Os fatores considerados e a importância atribuída

A adoção de uma visão mais ampla dos cuidados de saúde no processo de tomada de decisão foi considerada, de forma unânime pelos entrevistados, crucial para a qualidade de vida das pessoas (particularmente por motivos de equidade) e para o desenvolvimento dos territórios. Importa, porém, referir que uma minoria de atores fez questão de frisar que, no contexto da conjuntura atual, as questões financeiras tendem, por maioria de razão, a ser prioritárias, mostrando, por isso mesmo, algum ceticismo quanto a poder efetivamente considerar-se esta visão. Assim, a ideia que persiste é a de, pelo menos, “*não piorar a qualidade assistencial*” (nas palavras de um dos entrevistados).

Foram três os tópicos sobre os quais a discussão se centrou:

- A importância dos comportamentos e estilos de vida numa ótica da promoção da saúde e prevenção da doença;
- A potencial articulação entre a saúde e outros domínios de intervenção;
- O impacto social, económico e político que os serviços de saúde provocam ao nível local.

Considerando que uma adequada política de saúde implica uma intervenção atempada na população (desde a educação na infância até aos comportamentos e estilos de vida), a ideia de promoção da saúde e a necessidade de uma maior aposta na saúde pública foram assuntos recorrentemente sublinhados pelos atores locais e regionais. Mas também aqui mostraram que há ainda um longo caminho a percorrer, não só porque é difícil alterar determinados hábitos da população, mas também porque são temas que tendem a ficar à margem quando comparados com a ótica dos cuidados de saúde *per se*:

“A promoção da saúde é fundamental. Nós temos de alterar comportamentos e a alteração de comportamentos é geracional, não é? Eu digo-lhe para não fumar e você fumava dois maços por dia e sai daqui e deixa de fumar... isso é que era bom! É difícil pormos todas as pessoas a fazer exercício, a ter uma alimentação diferente, a não fumar, a beber muita água... Demora muito a nós mudarmos essa atitude das pessoas, mas os serviços de saúde também passam por isso: pela prevenção, pelo ensino, por andar nas escolinhas a dizer que comer chocolates está bem mas apenas umas vezes por ano”.

“É verdadeiramente importante as pessoas saberem, terem maior literacia sobre os cuidados de saúde, saberem como se podem evitar muitas doenças. Saberem, terem curiosidade por de facto conseguirem ter acesso à saúde sem ser por aquela forma tradicional, porque há pessoas que ficam totalmente limitadas quando lhes falta um médico. Por exemplo, o médico que ia a determinado local dar consulta deixou de ir por qualquer razão, passando a ir outro profissional de saúde. Há muitas pessoas que já não têm a mesma disponibilidade, achavam que aquele médico era o ideal para eles e que o outro não vai ser... Há muito que ensinar às pessoas sobre estes comportamentos. Por outro lado, tentando ir ao encontro de coisas como as pessoas saberem quais são as principais enfermidades que

levam à desgraça... Deviam estar melhor informadas. Por exemplo, as pessoas deviam perceber minimamente que aquilo que comem é fundamental para ter uma saúde mais saudável”.

“A saúde pública... pois, é considerada um parente pobre”.

“A saúde pública deixou de ser neste momento vistoria das retretes, do croquete e do rissol e passou a ser a gestora dos programas prioritários de saúde. Porque até aqui a saúde pública andava como o cão atrás do rabo, percebe? Era as cartas de condução, era as fiscalizações aos restaurantes e mais não sei o quê. Para isso há técnicos, que fazem isso. Não há necessidade de andarem meios de saúde pública a ocupar-se disso. Os meios de saúde pública têm de fazer o diagnóstico [da área de influência] e depois, em conjunto com outros departamentos, fazer o plano de ação, que vai definir as linhas orientadoras. E ao mesmo tempo tem uma função integradora das múltiplas unidades funcionais”.

A importância da articulação sectorial foi também referida por alguns atores enquanto fator marcante para interligar questões globais no domínio da saúde para além dos cuidados *strito sensu*. Surge aqui o ambiente, a educação e o ordenamento do território, como exemplos de áreas em que a ligação com a área da saúde pode e deve ser forte. Saliente-se que esta discussão foi posteriormente retomada no ponto 5.3.5, que se centra especificamente nos mecanismos de governança.

Cerca de metade dos atores auscultados mencionou a importância de se adotar esta visão mais abrangente sobretudo pela relevância de se ter olhar para o território como um todo, sendo os cuidados de saúde uma das parcelas a considerar. E, neste sentido, efetuar uma leitura global do território permite:

- Ponderar melhor do ponto de vista político as consequências sociais e psicológicas para as populações e para a sobrevivência de determinados contextos territoriais o encerramento de serviços de saúde. Foi, neste contexto, referido que, mesmo numa ótica de discriminação positiva, a resposta poderá passar não pela permanência ou abertura de determinados serviços em zonas com uma população muito reduzida essencialmente por razões de qualidade da oferta de cuidados, mas antes por garantir uma equidade de acesso a todos os níveis;
- Articular melhor os serviços de saúde com outros serviços, designadamente em territórios de menor densidade populacional numa ótica de partilha de recursos e decisões políticas conjuntas. A este propósito, um dos entrevistados fez a seguinte observação: *“é preciso ter uma visão conjunta do território. Repare: o litoral vive tanto melhor, quanto melhor viver o interior. Não devemos continuar com políticas de desertificação do interior porque senão depois criamos problemas terríveis do ponto de vista da mobilidade, do ponto de vista da densidade populacional...”*;
- Considerar as vantagens económicas e territorialmente estratégicas que possam advir da existência de serviços de saúde em determinados contextos e assumir a saúde e os cuidados de saúde enquanto fatores de fixação e atração populacional. Sobre esta questão, um dos atores referiu o

seguinte: *“há que pensar na saúde também enquanto fator de manutenção e atração de pessoas. Repare: as populações fixam-se porquê num determinado município? Porque existem cuidados de saúde que respondem com qualidade, porque existe uma oferta de ensino que responde com qualidade e segurança aquilo que é a exigência dos pais hoje, porque existe a oferta de uma habitação com uma qualidade e competitividade em termos económicos”.*

2. Avaliação da realidade e das políticas atuais

Convém referir que, numa primeira reação, alguns entrevistados manifestaram algum desconforto em falar sobre esta temática, quer porque, na sua opinião, não tinham conhecimento suficiente sobre o que se estava a fazer e sobre as orientações políticas desenvolvidas a nível mais macro, quer porque nas condições atuais de contenção financeira é muito difícil avaliar estas questões. Os seguintes comentários ilustram bem esta posição:

“Não sei... É muito difícil porque é uma questão com que lido pouco. Mas penso que as coisas estão a melhorar muito!”

“Hoje olha-se muito para a questão financeira, pelo que tomam-se decisões de encerrar unidades de saúde sem considerar muito estas questões. Claro que esta questão não é problemática neste local, já que todas as freguesias têm um centro ou extensão de saúde.”

Apesar de tudo, o diagnóstico global traçado por mais de metade dos atores não é negativo, passando a mensagem que, apesar do ‘aperto’ financeiro, tem havido alguma preocupação em olhar para a saúde desta forma mais ampla. E, neste contexto, é realçada a importância do envolvimento de várias instituições nestas questões, com relevo da parte dos prestadores para os cuidados de saúde propriamente ditos, da parte das misericórdias para o apoio social e da parte das autarquias para as questões da saúde de um ponto de vista mais geral (desporto, nutrição, vida saudável e qualidade do ambiente urbano).

Uma leitura desta perspetiva à luz das tipologias já identificadas sobre a atividade profissional dos atores sugere que são aqueles que exercem uma atividade ligada mais de perto com as políticas de base territorial (autarquias, comunidade intermunicipal e CCDR) que efetuam uma avaliação mais crítica do que se tem feito neste campo, apresentando essencialmente dois argumentos: por um lado, não há ainda uma visão conjunta, articulada e sistemática, por parte de todas as instituições que podem contribuir para que a adoção desta visão mais abrangente se traduza na obtenção de ganhos em saúde; por outro lado, se houve tempos em que *“foram efetuados desperdícios incríveis na utilização dos fundos comunitários para construção de determinadas infraestruturas e equipamentos desnecessários, construindo-se muito porque se o vizinho do lado tinha, também tinha de ter”* (nas palavras de um dos atores), atualmente muitos serviços têm vindo a encerrar *“numa decisão tomada a régua e esquadro”* (expressão utilizada por outro ator) que não atende às características territoriais.

Quando se particulariza a análise às sub-regiões, é possível encontrar diversas similaridades entre a percepção dos atores do Baixo Vouga e da Beira Interior Sul, tanto ao nível da avaliação que fazem (globalmente positiva), como no âmbito dos aspetos avaliados como negativos ou positivos. As críticas unanimemente apresentadas centraram-se essencialmente na existência de uma visão pouco estratégica e mais reativa que sentem por parte dos decisores políticos, preferindo atuar mais sobre a prestação de cuidados de saúde *tout court* e menos sobre outros domínios (em que se inclui esta visão mais ampla), facto que se tem agravado no contexto da conjuntura atual. Por seu turno, o fator positivo mais realçado consistiu na valorização que existe em ambas as sub-regiões da ideia de *cidade saudável*, o que tem conduzido a uma melhoria da qualidade do ambiente urbano e do lançamento de iniciativas associadas à promoção da saúde.

A par destas questões comuns, foram igualmente referidos outros aspetos críticos que ainda carecem de resolução em cada território em concreto. No caso do Baixo Vouga, a principal preocupação é apontada à pouca atenção dada às questões sociais e à continuação de cuidados junto de determinadas populações, designadamente dos mais idosos. Já no que respeita à Beira Interior Sul, a crescente diminuição de serviços de apoio à população (em que se incluem, mas não se restringem a, os serviços de saúde) e os poucos recursos humanos existentes para uma efetiva aposta para a promoção da saúde junto de determinadas entidades, como por exemplo as escolas.

O próximo quadro procura sistematizar os principais pontos positivos e negativos que os entrevistados referiram na apreciação que fazem da realidade e das políticas atuais. À semelhança dos quadros anteriores, também aqui se apresenta o nível de consenso da argumentação.

Quadro 72: Avaliação da realidade e das políticas atuais

<i>Aspetos avaliados como positivos</i>		<i>Aspetos avaliados como negativos</i>	
<i>Domínio de avaliação</i>	<i>Nível de consenso</i>	<i>Domínio de avaliação</i>	<i>Nível de consenso</i>
Ambiente urbano e promoção da saúde		Formulação de políticas	
... Aposta na ideia de cidades saudáveis, que integram vários domínios de intervenção, com notórias melhorias da qualidade dos espaços existentes e no lançamento de iniciativas	++	... Falta de visão estratégica neste domínio, com pouca articulação de políticas (<i>nível decisório</i>), de atores e iniciativas (<i>nível operacional</i>)	+++
Envolvimento das entidades locais		... Maior preocupação por parte dos decisores políticos na área da prestação de cuidados de saúde (<i>ótica curativa</i>) do que noutros domínios incluídos nesta visão mais ampla	++
... Entidades locais ‘remam’ todas para o mesmo sentido, preocupando-se com esta visão mais ampla	++	Conjuntura atual	
		... Excessiva preocupação com as questões financeiras	++
		Serviços de apoio à população	
		... Diminuição do número de serviços (em que se incluem, mas não se restringem a, os serviços de saúde), cuja decisão é <i>tomada a régua e esquadro</i> , não atendendo às características territoriais	+
		... Pouca atenção dada às questões sociais e à continuação de cuidados junto de determinadas populações, designadamente dos mais idosos	+
		Envolvimento das entidades locais	
		... Poucos recursos humanos existentes para uma efetiva aposta para a promoção da saúde junto de determinadas entidades, como por exemplo as escolas	+

3. Dos princípios às políticas: o que fazer do ponto de vista da tomada de decisão?

Partindo dos fatores de natureza mais ampla para além dos cuidados de saúde *per se* considerados pelos atores locais e regionais entrevistados como sendo essenciais a incluir nos processos de tomada de decisão – a da promoção da saúde e prevenção da doença (*ótica da saúde pública*), a articulação entre a saúde e outros domínios de intervenção e o impacto social, económico e político dos serviços de saúde ao nível local –, procurou refletir-se sobre quais as políticas a definir no quadro atual para ultrapassar alguns dos atuais problemas detetados no diagnóstico traçado e, consequentemente, e contribuir para uma melhoria do estado de saúde dos cidadãos.

As linhas de orientação prioritárias apontadas pelos entrevistados encontram-se sistematizadas no próximo quadro. Importa realçar que a ideia de promover a saúde das comunidades através do aumento da literacia em saúde e do fomento de uma vida ativa e saudável, particularmente junto dos mais novos e dos idosos, foi a que reuniu um maior consenso entre os auscultados. Igualmente referidas por quase metade dos atores foram as orientações referentes ao desenvolvimento de iniciativas como as *idades saudáveis* ou as *idades amigas dos idosos* e à coordenação das iniciativas de promoção da saúde com a continuação de cuidados junto das comunidades. Objetivos de política que implicam, por um lado, desenhar uma visão conjunta de várias dimensões de intervenção, nomeadamente o ambiente, a cultura e o espaço físico, e, por outro lado, garantir a existência de estruturas de apoio social em articulação com os prestadores de cuidados e as autarquias.

Mas se as linhas de orientação acima referidas, como a aposta na promoção da saúde das comunidades e o fomento da noção de cidades saudáveis, foram repetidamente referidas pelos atores de ambas as sub-regiões, outras houve que foram especificamente mencionadas em cada contexto. Por exemplo, no caso do Baixo Vouga, foi apontada a necessidade de se perceber melhor o contexto territorial local e desenvolver estudos de boas práticas para a região, culminando no desenvolvimento de uma rede intermunicipal de saúde e bem-estar. Já no caso da Beira Interior Sul, houve a necessidade de garantir o desenvolvimento de iniciativas de apoio à comunidade de forma sistemática e organizada (devido, em particular, ao fenómeno do envelhecimento da população) e a aposta nos recursos endógenos como fator de atração e fixação de população.

Procurou, também, verificar-se a relação entre estas orientações e o diagnóstico apresentado pelos entrevistados. E, neste âmbito, uma leitura do quadro mostra que foram apresentadas orientações de política que vão para além das preocupações avançadas durante a realização do diagnóstico.

Quadro 73: Linhas de orientação prioritária

Domínio de orientação política	Linhas de orientação	Nível de consenso	Relação com diagnóstico (aspectos avaliados como positivos)	Relação com diagnóstico (aspectos avaliados como negativos)
Saúde Pública	Promover a prevenção da doença e a promoção da saúde, aumentando a literacia em saúde e fomentando uma vida ativa e saudável, particularmente junto dos mais novos e dos idosos	+++	/	Maior preocupação por parte dos decisores políticos na área da prestação de cuidados de saúde (ótica curativa) do que noutros domínios incluídos nesta visão mais ampla
	Ampliar a cadência de iniciativas de prevenção da doença junto de escolas e outras entidades, aumentando o número de profissionais de saúde pública	+	/	Poucos recursos humanos existentes para uma efetiva aposta para a promoção da saúde junto de determinadas entidades, como por exemplo as escolas Maior preocupação por parte dos decisores políticos na área da prestação de cuidados de saúde (ótica curativa) do que noutros domínios incluídos nesta visão mais ampla
Articulação interinstitucional	Desenvolver iniciativas como as cidades saudáveis ou as cidades amigos dos idosos, permitindo articular as dimensões ambiental, cultural, do espaço físico, entre outras	++	Aposta na ideia de cidades saudáveis, que integram vários domínios de intervenção, com notórias melhorias da qualidade dos espaços existentes e no lançamento de iniciativas	/
	Coordenar as iniciativas de promoção da saúde com a continuação de cuidados junto das comunidades, garantindo a existência de estruturas de apoio social em articulação com os prestadores de cuidados e as autarquias	++	/	Pouca atenção dada às questões sociais e à continuação de cuidados junto de determinadas populações, designadamente dos mais idosos
	Criar uma visão territorial conjunta das iniciativas tipo cidades saudáveis, articulada com uma estratégia para a prestação de cuidados, desenvolvendo uma rede intermunicipal estratégica para a saúde e o bem-estar	+	Entidades locais ‘remam’ todas para o mesmo sentido, preocupando-se com esta visão mais ampla	Falta de visão estratégica neste domínio, com pouca articulação de políticas (nível decisório), de atores e iniciativas (nível operacional)
	Desenvolver iniciativas integradas de apoio à comunidade de forma sistemática e organizada, implementando por completo a reforma dos CSP, designadamente no que respeita às	+	/	Excessiva preocupação com as questões financeiras

	Unidades de Cuidados na Comunidade			
Impacto local dos serviços	Combater as assimetrias existentes ao nível da oferta de serviços e atuar em conformidade com as necessidades locais numa ótica de discriminação positiva, desenvolvendo uma estratégia regional para os serviços de apoio aos cidadãos	+	/	<p>Diminuição do número de serviços (em que se incluem, mas não se restringem a, os serviços de saúde), cuja decisão é tomada a régua e esquadro”, não atendendo às características territoriais</p> <p>Falta de visão estratégica neste domínio, com pouca articulação de políticas (nível decisório), de atores e iniciativas (nível operacional)</p> <p>Excessiva preocupação com as questões financeiras</p>
	Tomar decisões com maior conhecimento das necessidades e expectativas das populações locais, descentralizando mais competências da área da saúde para as autarquias	+	/	<p>Diminuição do número de serviços (em que se incluem, mas não se restringem a, os serviços de saúde), cuja decisão é tomada a régua e esquadro”, não atendendo às características territoriais</p>
	Criar condições de desenvolvimento económico local e atração de população, com consequente aumento de massa crítica para sustentar a existência de determinados serviços, promovendo os recursos endógenos	+	/	/

4. Uma perspectiva *escalar*: onde atuar?

Embora as observações efetuadas pelos atores no que respeita às escalas de atuação tenham sido de natureza genérica, não se efetuando uma ligação estreita com os objetivos de política previamente traçados, foi possível articular os comentários e perceber qual a principal ‘missão’ de cada uma das escalas de atuação:

- A escala nacional visa particularmente a formulação de estratégias macro e a coordenação de orientações políticas. A este propósito, um dos atores sublinhou o importante papel que as instituições à escala nacional podem desempenhar inclusive enquanto exemplo a seguir ao nível da articulação interinstitucional: *“como não temos essa tradição de trabalhar em conjunto, porventura o nível nacional poderia dar um bom exemplo de articulação interinstitucional”*. Mas também aqui as orientações providas desta escala não ficam isentas de críticas: *“as indicações que vêm de cima são essencialmente ao nível da vacinação”*;
- A escala regional representa o elo de ligação entre as orientações nacionais e os contextos locais, com destaque para a crescente importância das NUTS III nestes processos, não só pela perspectiva que tem do seu território e da proximidade às estruturas locais, mas também por causa do acesso aos fundos comunitários;
- A escala local foi a mais acentuada pelos atores entrevistados como o palco ideal, quer para a operacionalização das orientações estratégicas, quer para a auscultação de atores, quer ainda para a articulação de intervenções. A este propósito, um dos atores fez o seguinte comentário: *“a escala local é importantíssima: nós sabemos o que é melhor para a comunidade”*. No entanto, também a esta escala foram referidos alguns problemas que importa ultrapassar para uma efetiva operacionalização das orientações levadas a cabo no âmbito desta visão mais ampla. Atente-se ao seguinte comentário proferido por um dos atores: *“a execução das orientações a nível local depende um bocadinho do nível de recursos que temos e depois lá vem outra vez a questão da existência de profissionais de saúde suficientes para integrarem esses programas. Porque não basta só dizer que se deve fazer assim ou este é o programa e vamos implementá-lo, mas depois na prática as instituições estão muito absorvidas com o atendimento dos doentes e da doença e muito pouco com a prevenção, com os cuidados de saúde primários que deveriam ser, sobretudo, de prevenção. Aqui é uma questão de recursos, de disponibilidade... cada vez que aumentam as listas de utentes para tratamento em termos de consultas de curativa, há menos tempo para a outra área”*.

5. Uma perspectiva institucional: quem envolver?

Uma vez mais, os comentários efetuados pelos entrevistados foram de natureza genérica, não se verificando uma ligação direta entre os objetivos de política traçados e as instituições a envolver em cada caso. Apesar de tudo, é possível apresentar um esquema capaz de articular os três domínios de orientação com as instituições e a sua missão.

Com exceção do papel que as autarquias e as escolas (incluindo as de ensino superior) podem assumir no âmbito de questões relacionadas com a prevenção da doença e a promoção da saúde, o nível de consenso observado foi baixo quanto às instituições a envolver nestas questões e o respetivo papel.

Quadro 74: A perspetiva institucional por escala de atuação

<i>Domínio de orientação política</i>	<i>Instituições</i>	<i>Missão</i>	<i>Aspetos críticos</i>	<i>Nível de consenso</i>
Saúde Pública	Autarquias	Desenvolvimento de ações na comunidade de prevenção da doença e promoção da saúde	/	+++
	Escolas	Desenvolvimento de ações de prevenção da doença e promoção da saúde junto dos mais novos	/	++
	Instituições do Ensino Superior	Desenvolvimento de ações de formação na área da saúde	/	+
	Prestadores de cuidados	Desenvolvimento de ações de estímulo nos indivíduos e nos grupos sociais a modificar os comportamentos nocivos à saúde pública, bem como de vigilância junto de determinados estabelecimentos e de divulgação de orientações técnicas	Reduzido número de profissionais de saúde para desenvolver ações de forma mais sistemática	+
	DGS	Definição de normas e orientações técnicas	/	+
Articulação interinstitucional	Autarquias	Definição de uma visão conjunta sobre como interligar vários domínios sectoriais na ótica das <i>idades saudáveis</i> ou <i>idades amigas dos idosos</i>	/	++
	CIM	Definição de uma visão conjunta (intermunicipal) sobre os vários domínios sectoriais	/	++
	CCDR	Definição de uma visão conjunta (regional) sobre os vários domínios sectoriais	<i>“Por causa das relações pessoais a escala local é mais propícia a arrancar com ideias e iniciativas via processos informais”</i>	+
Impacto local dos serviços	CCDR/CIM	Definição de uma visão conjunta (regional) sobre a (re)organização dos diferentes	/	+

		serviços		
	Autarquias	Criação de entendimentos sobre as decisões a tomar relativamente ao encerramento de determinados serviços, atendendo às expectativas da comunidade	/	+

6. Uma perspetiva instrumental: com que mecanismos intervir?

Neste ponto, as respostas dadas foram escassas e pouco precisas. Mesmo assim, ao nível de instrumentos do domínio da saúde, foi referido pela maioria dos atores o Plano Nacional de Saúde enquanto um bom exemplo de um instrumento programático para a saúde. Os seguintes comentários ilustram bem esta opinião:

“O Plano Nacional de Saúde é um bom plano macro: está lá tudo! E seguimo-lo para a definição de estratégias”.

“O Plano Nacional de Saúde tem várias indicações no âmbito da promoção da saúde, pelo que nem é preciso haver mais orientações da Administração Central e Regional neste âmbito”.

“O Plano Nacional de Saúde tem algumas ideias interessantes: quando é preciso tomar decisões que a gente vê que é preciso lá ir beber, a gente vai lá...”

Ainda no âmbito dos instrumentos mais diretamente ligados à área da saúde, foi feita menção às circulares normativas e informativas da DGS e, ainda, às Estratégias Locais de Saúde (ELS). No caso concreto das ELS, apresentam-se como instrumentos úteis, não só para a transposição das orientações nacionais (via PNS ou normas técnicas) para os contextos locais, mas também como mecanismos para promover uma maior articulação interinstitucional.

Para além destes instrumentos, outros não exclusivamente orientados para a saúde foram referidos pelos atores no âmbito desta visão mais alargada: por um lado, a Rede Social ou, mais especificamente, o Plano de Desenvolvimento Social, enquanto estratégia de intervenção para as questões sociais construída em parceria para um determinado território; por outro, a Agenda 21 Local, enquanto veículo de promoção da qualidade do ambiente e do bem-estar social e também desenhada de forma articulada entre várias instituições; por fim, os fundos comunitários, enquanto ferramentas úteis, especialmente na conjuntura atual, para colocar em prática determinadas iniciativas.

Os próximos três quadros seguem a mesma lógica do procedimento que se seguiu no ponto 5.3.2, procurando sintetizar de forma esquemática a articulação existente entre a escala de atuação, as principais instituições a envolver e os instrumentos primários de intervenção a utilizar, para cada um

dos três principais domínios de orientação já referidos. Trata-se novamente de um exercício interpretativo dos comentários efetuados pelos entrevistados.

Uma leitura do quadro mostra a dificuldade sentida pelos atores locais e regionais em manifestar o seu ponto de vista neste domínio: do ponto de vista das respostas dadas o nível de fragmentação é elevado e a operacionalização das suas orientações políticas ao nível dos instrumentos de intervenção a utilizar é francamente escassa. Apesar de tudo, importa reter as seguintes observações:

- No âmbito do domínio da saúde pública e de ações com vista à promoção da saúde, destaque-se o papel da escala nacional na definição de estratégias macro por intermédio do PNS e a importância atribuída no nível local às autarquias, cuja utilização das ELS pode auxiliar a própria implementação do PNS de forma contextualizada às necessidades locais, e às escolas.
- Em relação à potencial articulação entre a saúde e outros domínios de intervenção, saliente-se o papel das CIM ao nível regional para a definição de uma visão conjunta (intermunicipal) sobre os vários domínios sectoriais, entidade cada vez mais importante no domínio da afetação dos fundos comunitários, bem como das autarquias à escala local para a definição de uma visão conjunta sobre como interligar vários domínios sectoriais na ótica das cidades saudáveis ou cidades amigas dos idosos, podendo tirar partido de instrumentos como a Rede Social ou a Agenda 21 Local para a criação de parcerias e colaborações com outras entidades;
- Quanto à questão do impacto social, económico e político que os serviços de saúde provocam ao nível local, poucos foram os atores que se debruçaram sobre a problemática, merecendo porventura uma referência o papel das CIM e da CCDR na definição de uma estratégia regional para a organização dos serviços com vista a ultrapassar as assimetrias existentes e, ainda, das autarquias, mais próximas da comunidade e, por isso, mais habilitadas para gerir as expectativas dos cidadãos.

Quadro 75: Relação escala de atuação / principais instituições a envolver / instrumentos primários de intervenção a utilizar: domínio de orientação de saúde pública

Domínio de orientação: Saúde Pública										
<i>Escala</i>	<i>Instituições</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Nível de consenso</i>	<i>Aspetos críticos</i>	<i>Nível de consenso</i>	<i>Instrumentos de política</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Nível de consenso</i>	<i>Aspetos críticos</i>	<i>Nível de consenso</i>
Nacional	Governo e órgãos da Administração Central	Coordenação de orientações políticas e definição de estratégias macro	+++	/	/	Plano Nacional de Saúde	Planificação atempada de ações de prevenção da doença e promoção da saúde	+++	/	/
						Circulares normativas e informativas	Esclarecimento e/ou emissão de normas e procedimentos de atuação	+	/	/
Regional	ARS	Adaptação e aplicação das orientações nacionais às especificidades e necessidades de cada contexto regional	+	/	/	/	/	/	/	/
Local	Autarquias	Desenvolvimento de ações de prevenção da doença e promoção da saúde	+++	/	/	Estratégias Locais de Saúde	Transposição das orientações nacionais para os contextos locais	+	/	/
	Escolas	Desenvolvimento de ações de prevenção da doença e promoção da saúde junto dos mais novos	++	/	/	/	/	/	/	/
	Instituições do	Desenvolvimento de ações de	+	/	/	/	/	/	/	/

	Ensino Superior	formação na área da saúde							
	Prestadores de cuidados	Desenvolvimento de ações de estímulo nos indivíduos e nos grupos sociais a modificar os comportamentos nocivos à saúde pública, bem como de vigilância junto de determinados estabelecimentos e de divulgação de orientações técnicas	+	Reduzido número de profissionais de saúde para desenvolver ações de forma mais sistemática	/	/	/	/	/

Quadro 76: Relação escala de atuação / principais instituições a envolver / instrumentos primários de intervenção a utilizar: domínio de orientação de articulação institucional

Domínio de orientação: Articulação interinstitucional										
<i>Escala</i>	<i>Instituições</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Nível de consenso</i>	<i>Aspetos críticos</i>	<i>Nível de consenso</i>	<i>Instrumentos de política</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Nível de consenso</i>	<i>Aspetos críticos</i>	<i>Nível de consenso</i>
Nacional	Governo e órgãos da Administração Central	Coordenação de orientações políticas e definição de estratégias macro	+	/	/	/	/	/	/	/
Regional	CIM	Definição de uma visão conjunta (intermunicipal) sobre os vários domínios sectoriais	++	/	/	Fundos comunitários	Recurso a meios financeiros para operacionalizar certas iniciativas	+	/	/
	CCDR	Definição de uma visão conjunta (regional) sobre os vários domínios sectoriais	+	“Por causa das relações pessoais a escala local é mais propícia a arrancar com ideias e iniciativas via processos informais”	/	Fundos comunitários	Recurso a meios financeiros para operacionalizar certas iniciativas	+	/	/
Local	Autarquias	Definição de uma visão conjunta sobre como interligar vários domínios sectoriais na ótica das <i>idades saudáveis</i> ou <i>idades amigas dos idosos</i>	++	/	/	Agenda 21 Local	Promoção da qualidade do ambiente e do bem-estar social	+	/	/
						Rede Social/ Plano de Desenvolvimento Social	Estratégia de intervenção para o desenvolvimento social	+	/	/

Quadro 77: Relação escala de atuação / principais instituições a envolver / instrumentos primários de intervenção a utilizar: domínio de impacto local dos serviços

Domínio de orientação: Impacto local dos serviços

<i>Escala</i>	<i>Instituições</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Nível de consenso</i>	<i>Aspetos críticos</i>	<i>Nível de consenso</i>	<i>Instrumentos de política</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Nível de consenso</i>	<i>Aspetos críticos</i>	<i>Nível de consenso</i>
Nacional	Governo e órgãos da Administração Central	Coordenação de orientações políticas e definição de estratégias macro	+	/	/	/	/	/	/	/
Regional	CCDR/CIM	Definição de uma visão conjunta (regional) sobre a (re)organização dos diferentes serviços	+	/	/	/	/	/	/	/
Local	Autarquias	Criação de entendimentos sobre as decisões a tomar relativamente ao encerramento de determinados serviços, atendendo às expetativas da comunidade	+	/	/	/	/	/	/	/

7. Das políticas à sua operacionalização: o que fazer na prática?

Tendo como ponto de partida as orientações de política apresentadas pelos atores entrevistados no âmbito desta visão mais abrangente dos cuidados de saúde, procurou perceber-se como estas se poderiam colocar em prática e quais os respetivos meios operacionais necessários.

O próximo quadro apresenta uma síntese das ações apresentadas pelos atores regionais e locais para cada objetivo de política inserido em cada um dos três domínios de orientação delineados. A leitura do quadro permite constatar que a atenção centrou-se quase exclusivamente na questão da saúde pública. E aqui destacam-se as seguintes ações:

- Integração de monitores de educação física, saúde e nutrição nas escolas (em atividades curriculares e extracurriculares) e criação de gabinetes de atendimento aos alunos com profissionais de saúde;
- Dinamização de atividades físicas e de apoio à nutrição em instituições de apoio aos idosos;
- Desenvolvimento de campanhas e seminários junto da população (incluindo a divulgação da Carta dos Direitos e dos Deveres dos Doentes).

Refira-se, ainda, que somente um dos entrevistados é que apresentou um conjunto de possíveis ações a desenvolver na tentativa de aliar uma maior atração populacional e empresarial através da valorização dos recursos endógenos (com o consequente aumento de massa crítica capaz de justificar a presença de determinados serviços de apoio à população) à produção de biológica (útil na ótica de promoção de hábitos alimentares mais saudáveis).

Quadro 78: Operacionalização das linhas de orientação prioritária

Domínio de orientação política	Linhas de orientação	Nível de consenso	Operacionalização	Nível de consenso
Saúde Pública	Promover a prevenção da doença e a promoção da saúde, aumentando a literacia em saúde e fomentando uma vida ativa e saudável, particularmente junto dos mais novos e dos idosos	+++	Integração de monitores de educação física, saúde e nutrição nas escolas (em atividades curriculares e extracurriculares) e criação de gabinetes de atendimento aos alunos com profissionais de saúde	++
			Dinamização de atividades físicas e de apoio à nutrição em instituições de apoio aos idosos	++
			Desenvolvimento de campanhas e seminários junto da população, incluindo a divulgação da Carta dos Direitos e dos Deveres dos Doentes	++
			Integração de alunos do ensino superior (e.g. Fisioterapia, Medicina Desportiva, Educação Física, Nutrição) nos centros de saúde para informar e sensibilizar os utentes para as questões da saúde	+
			Aplicação de forma sistemática de programas de rastreio junto das comunidades	+
			Sensibilização e formação complementar de profissionais de saúde no domínio da geografia/ordenamento do território e do direito da saúde	+
	Ampliar a cadência de iniciativas de prevenção da doença junto de escolas e outras entidades, aumentando o número de profissionais de saúde pública	+	/	/
Articulação interinstitucional	Desenvolver iniciativas como as cidades saudáveis ou as cidades amigos dos idosos, permitindo articular as dimensões ambiental, cultural, do espaço físico, entre outras	++	/	/
	Coordenar as iniciativas de promoção da saúde com a continuação de cuidados junto das comunidades, garantindo a existência de estruturas de apoio social em articulação com os prestadores de cuidados e as autarquias	++	/	/
	Criar uma visão territorial conjunta das iniciativas tipo cidades saudáveis, articulada com uma estratégia para a prestação de cuidados, desenvolvendo uma rede	+	/	/

	intermunicipal estratégica para a saúde e o bem-estar			
	Desenvolver iniciativas integradas de apoio à comunidade de forma sistemática e organizada, implementando por completo a reforma dos CSP, designadamente no que respeita às Unidades de Cuidados na Comunidade	+	/	/
Impacto local dos serviços	Combater as assimetrias existentes ao nível da oferta de serviços e atuar em conformidade com as necessidades locais numa ótica de discriminação positiva, desenvolvendo uma estratégia regional para os serviços de apoio aos cidadãos	+	/	/
	Tomar decisões com maior conhecimento das necessidades e expectativas das populações locais, descentralizando mais competências da área da saúde para as autarquias	+	/	/
	Criar condições de desenvolvimento económico local e atração de população, com consequente aumento de massa crítica para sustentar a existência de determinados serviços, promovendo os recursos endógenos	+	Aposta no mercado local de alimentação, através da promoção de cabazes de produtos biológicos e de produtos regionais, e realização de campanhas junto dos cidadãos Criação de uma incubadora de empresas de base rural, com forte ênfase na área da produção biológica	+ +

8. Aferição da natureza das respostas face ao objetivo delineado

Com o intuito de se ter uma noção global do posicionamento adotado pelos atores regionais e locais auscultados no âmbito do objetivo delineado – *aferir a importância de fatores externos aos cuidados de saúde nos processos de tomada de decisão* –, e seguindo a mesma lógica analítica do ponto anterior (5.3.2), definiu-se uma tipologia das respostas apresentadas pelos entrevistados capaz de ajudar a compreender a importância atribuída a estas questões e se essa importância se traduz em ações práticas. A tipologia definida foi a seguinte:

- A. As respostas do entrevistado sugerem que atribui uma importância reduzida a estes fatores, isto é, estas questões adquirem uma importância menor no âmbito das políticas de saúde, pelo que não devem condicionar as outras orientações de política de saúde;
- B. As respostas do entrevistado sugerem que compreende e precisa a problemática em termos teóricos, isto é, valoriza estas questões e consegue fundamentar as suas ideias do ponto de vista concetual (mas não ao nível da formulação de políticas);
- C. As respostas do entrevistado sugerem que compreende e precisa a problemática em termos teóricos, avançando inclusive com orientações de política;
- D. As respostas do entrevistado sugerem que consegue operacionalizar a teoria e traduzi-la em questões práticas (e.g. é capaz de elaborar um plano de ação);
- E. As respostas do entrevistado sugerem que consegue operacionalizar a teoria, explicitando os meios, os critérios e a informação que é necessário recolher para colocar em prática o que propõe.

A interpretação da natureza das respostas face ao objetivo delineado sugere que:

- A quase totalidade dos entrevistados (10) compreende e precisa esta visão mais ampla da saúde em termos teóricos, avançando inclusive com orientações de política (tipologia C) em pelo menos num dos três domínios de intervenção abordados: i) importância dos comportamentos e estilos de vida numa ótica da promoção da saúde e prevenção da doença, ii) potencial articulação entre a saúde e outros domínios de intervenção, iii) impacto social, económico e político que os serviços de saúde provocam ao nível local;
- Os restantes avançam inclusive com questões práticas sobre como operacionalizar as orientações de política delineadas (tipologia D), com especial ênfase na questão referente à promoção da saúde, embora em nenhum dos casos se referissem explicitamente os meios, os critérios e a informação necessária para se colocar no ‘terreno’ as ideias (tipologia E).

Uma leitura global dos resultados mostra que grande parte dos auscultados valoriza esta visão mais ampla, fundamenta as suas ideias e avança com orientações de política, o que significa que esta é uma questão para a qual os atores regionais e locais estão sensibilizados. No entanto, ao juntar-se a esta leitura o nível de fragmentação das respostas e a sua análise no que respeita à relação escalas de

intervenção/ instituições/ instrumentos de intervenção a utilizar, verifica-se que o conhecimento sobre o que está a ser feito e o que se pode fazer a este nível fica aquém do esperado face à escala de atuação em observação (local/regional).

Numa leitura complementar, procurou perceber-se se este posicionamento variava consoante a atividade profissional ou as habilitações académicas dos entrevistados. Não foi, contudo, possível avançar-se com qualquer conclusão neste contexto.

Por outro lado, quando se particulariza a análise às duas sub-regiões em estudo, a análise do posicionamento dos atores indicia que na Beira Interior Sul há uma maior sensibilidade para esta visão mais ampla, com os atores a revelarem uma maior facilidade em propor ações/soluções para a operacionalização das orientações políticas delineadas do que no Baixo Vouga.

5.3.4. Saúde enquanto atividade exportadora

1. Os fatores considerados e a importância atribuída

A importância de olhar para a saúde enquanto atividade exportadora foi amplamente reconhecida pela globalidade dos atores locais e regionais. E aqui o debate centrou-se essencialmente na necessidade de Portugal (em geral) e a Região (em particular) necessitarem de estar atentos, quer à nova realidade que decorre da aplicação da Diretiva dos Cuidados de Saúde Transfronteiriços, quer às dinâmicas económicas que resultam duma aposta no turismo da saúde, e que em parte se interliga com a Diretiva.

No que respeita à Diretiva, esta foi o ponto central da discussão para três dos entrevistados, realçando que o estabelecimento destas novas regras de acesso a cuidados de saúde transfronteiriços na UE deve ser levado em consideração de forma premente e célere, não só por parte dos atores regionais e locais, mas sobretudo pelos decisores políticos para a determinação de uma resposta estratégica concertada entre os vários atores que se relacionam com esta questão, designadamente os diferentes prestadores de cuidados de saúde.

Mas, se para estes atores a Diretiva é algo sobre a qual estão informados e já têm refletido – *“em relação à Diretiva, todos temos falado nela!”*, refere perentoriamente um dos entrevistados –, outros há que não estão informados sobre esta questão, como ilustram as seguintes afirmações:

“Não, eu não me tinha apercebido da questão da Diretiva”.

“Não é uma área em que eu sinta que esteja muito bem preparado”.

“Não estou muito a par desta questão”.

De uma forma geral, para os atores que se encontram informados acerca da Diretiva, esta é uma oportunidade a ser aproveitada, particularmente quando associada ao turismo da saúde. Apesar de tudo, várias interrogações foram levantadas, quer no que respeita à equidade no acesso aos serviços de saúde – *“quem não tem poder económico fica na mesma sem possibilidade de aceder, de ir lá fora... Digamos que não há aí alguma equidade no acesso, não é?”* –, quer em relação à oferta de serviços por parte do sector público, cabendo uma oportunidade maior, na sua opinião, ao sector privado. Foi neste contexto que o próprio papel do Estado foi, ainda que de forma superficial, debatido por alguns dos atores auscultados, pairando a dúvida sobre se o aumento de utentes provenientes de outros países não sobrecarregará demasiado os prestadores públicos.

Se para estes atores a discussão em torno da Diretiva serviu como mote para se aflorar o papel do turismo de saúde nesta inter-relação prestação de cuidados / desenvolvimento da economia, para a maioria dos entrevistados o turismo foi o tema central da conversa. E aqui as opiniões foram

unânicos: o país tem, na generalidade, condições excelentes para tirar partido da junção do clima, hotelaria e gastronomia com os cuidados de saúde (especialidades e medicina geral) e a tecnologia existentes. Com efeito, se às amenidades e à localização geográfica do território nacional distintamente reconhecidas internacionalmente se conseguir aliar a excelência médica que em Portugal se pratica, fica pois uma janela de oportunidade que deve ser usada para promover o desenvolvimento económico dos territórios.

No âmbito dos argumentos apresentados, foram expostas algumas reservas, quer no que concerne ao papel do Estado neste processo, quer no que respeita ao enquadramento da região e às suas condições para responder de forma eficaz a este desafio. No que diz respeito à primeira questão, o Estado, na opinião dos atores, deve incentivar e criar as condições necessárias para se apostar no turismo da saúde, mas tendo sempre consciência dos efeitos que daí poderão resultar para o SNS, designadamente em relação aos tempos de espera dos utentes. Por isso mesmo, fica a ideia de que esta pode ser uma oportunidade de investimento principalmente por parte de entidades privadas. Em relação à região propriamente dita, diversas dúvidas foram levantadas: no caso do Baixo Vouga, embora tenha sido realçada a capacidade atrativa da região por motivos essencialmente de localização geográfica (e.g. proximidade ao mar e recursos naturais ligados à Ria de Aveiro), foi relembrada a importância da qualidade dos cuidados de saúde prestados e da forte imagem positiva que os prestadores devem ter internacionalmente, facto que não acontece com o Centro Hospitalar do Baixo Vouga; Já no caso da Beira Interior Sul, foi referido que, não só as amenidades existentes são mais propícias para um outro tipo de turismo, mais associado aos Spa's e ao termalismo, cuja aposta já se vai verificando com bons resultados, como também não se verifica uma vontade por parte dos prestadores de cuidados em olhar com interesse para esta questão.

2. Avaliação da realidade e das políticas atuais

Importa esclarecer, desde logo, que os argumentos referidos no ponto anterior sobre o desconhecimento de alguns dos atores entrevistados sobre a Diretiva dos Cuidados de Saúde Transfronteiriços conduziram, numa primeira reação, a alguma renitência da sua parte em efetuar qualquer tipo de avaliação neste domínio de atuação.

Apesar de tudo, a avaliação no que se refere à saúde enquanto atividade exportadora foi tendencialmente negativa por parte da maioria dos entrevistados. É verdade que ao nível das capacidades técnicas e tecnológicas instaladas ao nível dos cuidados de saúde, das amenidades e da posição geográfica do país, os comentários foram extraordinariamente positivos. Neste ponto de vista, Portugal tem todas as condições para, não só estar apto a responder ao desafio lançado pela Diretiva, como também apostar no turismo de saúde enquanto fator de desenvolvimento económico e

territorial. No entanto, a possibilidade de o SNS não ser capaz de responder adequadamente à oportunidade (com consequências, por exemplo, ao nível das listas de espera), a reduzida organização e integração das diversas áreas e respetivos atores que deveriam trabalhar em conjunto ou mesmo a pouca orientação política para uma efetiva aposta neste domínio, são fatores que tornam estas questões mais difíceis de lidar.

Quando se particulariza o diagnóstico para as sub-regiões em estudo, é opinião generalizada que em ambos os casos não há ainda condições favoráveis para uma efetiva aposta no turismo de saúde e que a resposta ao desafio colocado pela Diretiva terá de ser bem pensada, pois há um conjunto de fortes entraves a uma reação imediata eficiente. Resumidamente, os comentários foram os seguintes:

- No Baixo Vouga destacam-se, do ponto de vista positivo, as características dos espaços naturais e a localização geográfica, sendo apontadas como entraves a reduzida imagem dos cuidados de saúde (designadamente do Centro Hospitalar do Baixo Vouga) que passa para o exterior e a falta de organização e liderança para lidar de forma eficiente com a questão em discussão;
- Na Beira Interior Sul foram mencionadas as boas condições para uma efetiva aposta no turismo sénior e no turismo de bem-estar (Spa's e termalismo), sendo, do ponto de vista negativo, realçada a ausência de recursos (profissionais de saúde e infraestruturas) e diferenciação médica e, inclusive, a falta de competência médica para a região ser competitiva a este nível.

Tendo como referência a Diretiva dos Cuidados de Saúde Transfronteiriços e o turismo de saúde, o próximo quadro procura sistematizar o diagnóstico que os entrevistados efetuaram da realidade e das políticas atuais e o respetivo nível de consenso da argumentação.

Quadro 79: Avaliação da realidade e das políticas atuais

<i>Aspetos avaliados como positivos</i>		<i>Aspetos avaliados como negativos</i>	
<i>Domínio de avaliação</i>	<i>Nível de consenso</i>	<i>Domínio de avaliação</i>	<i>Nível de consenso</i>
Diretiva		Diretiva	
... Capacidades técnicas e tecnológicas instaladas ao nível dos cuidados de saúde, amenidades e posição geográfica do país	+++	... Não é moralmente aceitável a possibilidade de aumentar as listas de espera no SNS	++
... Experiência demonstrada no tratamento a doentes crónicos de fora de Portugal	+	... Possibilidade de perda de utentes no interior do país para a Espanha	+
... Políticas do governo apontam para uma aposta neste domínio	+	... Custos elevados e não concorrenciais das intervenções médicas	+
... Hospitais privados começam a		... Falta de comunicação ainda visível entre os diferentes prestadores de cuidados	+
		... Politicamente está-se a reagir tarde ao	

	posicionar-se bem para responder ao desafio	+	desafio	+
Turismo de saúde	...		Possibilidade da Diretiva vir a aumentar a desigualdade de acesso aos cuidados de saúde, na medida em que favorece quem tem mais acesso à informação e rendimentos mais elevados	+
	Capacidades técnicas e tecnológicas instaladas ao nível dos cuidados de saúde, amenidades e posição geográfica do país, gastronomia e hotelaria	+++	Turismo de saúde	
	Envelhecimento da população é uma oportunidade para uma aposta no turismo sénior	+	Reduzida organização e integração das diversas áreas e respetivos atores que deveriam trabalhar em conjunto	++
	Apostas nos Spa's e termalismo com sucesso	+	Não é moralmente aceitável a possibilidade de aumentar as listas de espera no SNS	++
			Falta de prática e conhecimento para responder de forma eficiente e articulada (turismo/saúde)	+
			Poucas orientações políticas para se apostar no turismo de saúde	+

3. Dos princípios às políticas: o que fazer do ponto de vista da tomada de decisão?

Os objetivos de política delineados pelos atores locais e regionais para ultrapassar alguns dos atuais problemas e contribuir para uma melhor internacionalização da saúde focaram-se nos dois domínios acima referidos: a Diretiva dos Cuidados de Saúde Transfronteiriços e o turismo de saúde (quer na vertente da medicina, quer na ótica do bem-estar).

O próximo quadro sistematiza os principais objetivos de política apresentados pelos entrevistados. Para ambos os domínios em discussão, ganham particular relevo as linhas de orientação que apontam para a necessidade do desenho de uma estratégia nacional que olhe para a procura potencial e a oferta existente (e a inclua numa visão mais ampla de desenvolvimento regional) e para a importância da promoção de estratégias e ações de divulgação (*marketing*). E estas orientações, refira-se, verificaram-se no discurso dos atores de ambas as sub-regiões em estudo, às quais se acrescentam uma necessidade de se pensar estrategicamente como apostar no turismo sénior e no turismo de bem-estar (Spa's e termalismo).

Do mesmo modo, procurou verificar-se de que forma essas orientações são coerentes com o diagnóstico apresentado pelos entrevistados, sendo possível observar que as orientações de política procuram ir ao encontro da grande maioria das preocupações avançadas durante a realização do diagnóstico.

Quadro 80: Linhas de orientação prioritária

Domínio de orientação política	Linhas de orientação	Nível de consenso	Relação com diagnóstico (aspectos avaliados como positivos)	Relação com diagnóstico (aspectos avaliados como negativos)
Diretiva	Desenhar uma estratégia nacional para a aplicação da Diretiva, desenvolvendo estudos sobre a potencial procura e a oferta existente, abrindo espaços de discussão, criando <i>nichos</i> de mercado (competir pela diferenciação) e definindo novas formas organizacionais por parte dos cuidados hospitalares para responderem ao desafio e tornarem-se competitivos	++	Capacidades técnicas e tecnológicas instaladas ao nível dos cuidados de saúde, amenidades e posição geográfica do país Experiência demonstrada no tratamento a doentes crónicos de fora de Portugal Políticas do governo apontam para uma aposta neste domínio	Não é moralmente aceitável a possibilidade de aumentar as listas de espera no SNS Politicamente está-se a reagir tarde ao desafio
	Promover estratégias e ações de divulgação (<i>marketing</i>) dos serviços de saúde de qualidade e dos locais onde se situam	++	Capacidades técnicas e tecnológicas instaladas ao nível dos cuidados de saúde, amenidades e posição geográfica do país Experiência demonstrada no tratamento a doentes crónicos de fora de Portugal	Politicamente está-se a reagir tarde ao desafio
	Incentivar os prestadores de cuidados a elaborarem planos estratégicos que considerem esta questão e alertem para a sua importância	+	/	Não é moralmente aceitável a possibilidade de aumentar as listas de espera no SNS
	Apostar numa forte articulação de partilha de informação (e.g. registo de saúde eletrónico)	+	/	Falta de comunicação ainda visível entre os diferentes prestadores de cuidados
Turismo de saúde (médico)	Desenhar uma estratégia nacional para o turismo de saúde (médico), desenvolvendo estudos sobre a potencial procura e a oferta existente, abrindo espaços de discussão, criando <i>nichos</i> de mercado (competir pela diferenciação), definindo novas formas organizacionais por parte dos cuidados hospitalares e valorizando infraestruturas existentes, promovendo a articulação entre as instituições de saúde e as do sector do turismo	++	Capacidades técnicas e tecnológicas instaladas ao nível dos cuidados de saúde, amenidades e posição geográfica do país, gastronomia e hotelaria	Reduzida organização e integração das diversas áreas e respetivos atores que deveriam trabalhar em conjunto Não é moralmente aceitável a possibilidade de aumentar as listas de espera no SNS Falta de prática e conhecimento para responder de forma eficiente e

				articulada (turismo/saúde) Poucas orientações políticas para se apostar no turismo de saúde
	Promover estratégias e ações de divulgação (<i>marketing</i>)	++	Capacidades técnicas e tecnológicas instaladas ao nível dos cuidados de saúde, amenidades e posição geográfica do país, gastronomia e hotelaria	/
	Promover uma estratégia de turismo, articulando o turismo da saúde com, por exemplo, o turismo cultural e histórico, em rede intermunicipal, capaz de se articular com uma estratégia de desenvolvimento regional	++	/	Reduzida organização e integração das diversas áreas e respetivos atores que deveriam trabalhar em conjunto
	Criar condições para desenvolver o <i>turismo sénior</i>	++	Envelhecimento da população é uma oportunidade para uma aposta no turismo sénior	/
	Desenhar uma estratégia para o turismo de saúde (SPA e termalismo)	++	Apostas nos Spa's e termalismo com sucesso	/

4. Uma perspetiva *escalar*: onde atuar?

Pouco há a comentar sobre as respostas dos atores entrevistados a questão: observações em número reduzido e sempre de natureza genérica, não se vislumbrando qualquer ligação entre as linhas de orientação delineadas e a respetiva escala de atuação. A pouca participação em ações que promovam o turismo de saúde, o pouco conhecimento que demonstram sobre a questão da Diretiva e o facto de apontarem como uma das principais linhas de orientação a elaboração de estudos estratégicos, pode ajudar a perceber a razão porque este e os próximos pontos – perspetiva institucionais, instrumentos e operacionalização – foram abordados de forma muito superficial.

Das poucas observações efetuadas, importa reter:

- O nível nacional é fundamental para o desenho de uma visão global e de uma estratégia, particularmente importante no caso da Diretiva;
- O nível regional é crucial para desenvolver e liderar uma visão estratégica que articule os cuidados de saúde com o turismo, não só numa ótica de turismo de saúde, mas numa perspetiva mais ampla;
- O nível local é particularmente importante para criar sinergias do ponto de vista da articulação interinstitucional e, no seguimento, colocar em práticas a estratégia delineada.

5. Uma perspetiva institucional: quem envolver?

Como já referido, também aqui a resposta dada pelos entrevistados foi de natureza genérica. Por outro lado, os comentários observaram de forma conjunta a Diretiva e o turismo de saúde, comprovando que os atores consideram que a resposta ao desafio colocado pela Diretiva passa sobretudo por uma aposta no turismo de saúde, na medida em que só assim é que se poderá tirar partido da situação e ser competitivo.

Dos poucos comentários proferidos, convém realçar:

- Ao nível regional, há que procurar incluir (de forma articulada) a CCDR e as CIM, a ARS e a Região de Turismo do Centro;
- Ao nível local, a pro-atividade cabe às autarquias – *“praticamente onde funciona bem é onde as autarquias estão preparadas”*, referiu perentoriamente um dos entrevistados –, que depois devem articular-se com a estrutura hoteleira (e de termas, no caso do turismo de bem-estar)

6. Uma perspectiva instrumental: com que mecanismos intervir?

Neste campo foi, mais uma vez, argumentado que o necessário para estas questões é as entidades estarem dotadas de informação suficiente para então se tomarem decisões. E aí sim, utilizar os instrumentos disponíveis para facilitar o processo de atuação. Quando indagados sobre quais os instrumentos que poderiam ser úteis para se avançar com maior profundidade na questão em discussão, os atores praticamente não se pronunciaram. Uma minoria mencionou, contudo, o Plano Estratégico Nacional do Turismo, como o instrumento-chave para delinear e disseminar junto dos agentes a estratégia global para o turismo de saúde, e o Plano Regional de Ordenamento do Território, enquanto (potencial) instrumento para desenvolver uma visão estratégica territorialmente adaptada à região, na qual se incluam orientações para o turismo de saúde.

O próximo quadro esquematiza a articulação existente entre este ponto e os dois previamente analisados, isto é, a escala de atuação, as principais instituições a envolver e os instrumentos primários de intervenção a utilizar e comprova o elevado o nível de fragmentação das respostas dadas. Seguindo a lógica de argumentação dos atores entrevistados, optou-se por juntar as duas dimensões aqui em discussão: Diretiva e turismo de saúde. Relembre-se que se trata de um exercício interpretativo dos comentários efetuados pelos entrevistados e que funciona como uma síntese destes três últimos pontos.

Quadro 81: Relação escala de atuação / principais instituições a envolver / instrumentos primários de intervenção a utilizar

Domínio de orientação: Diretiva / Turismo de saúde										
<i>Escala</i>	<i>Instituições</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Nível de consenso</i>	<i>Aspetos críticos</i>	<i>Nível de consenso</i>	<i>Instrumentos de política</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Nível de consenso</i>	<i>Aspetos críticos</i>	<i>Nível de consenso</i>
Nacional	Governo e órgãos da Administração Central	Desenho de uma estratégia nacional	+	/	/	Plano Estratégico Nacional do Turismo	Definição base da estratégia de desenvolvimento turístico nacional	+	/	/
Regional	CCDR, ARS e Região de Turismo	Definição de uma visão conjunta (regional) e contextualização da estratégia nacional	++	/	/	PROT	Definição de uma visão estratégica territorialmente adaptada à região	+	Dúvidas quanto à efetividade do Plano	+
Local	Autarquias, estrutura hoteleira e termas	Definição de uma visão conjunta e articulada e operacionalização das orientações regionais e nacionais	++	/	/	/	/	/	/	/

7. Das políticas à sua operacionalização: o que fazer na prática?

Quando questionados sobre como colocar em prática as orientações de política delineadas, os atores entrevistados não aprofundaram o seu raciocínio, remetendo a resposta para a necessidade de se elaborarem estudos estratégicos para, aí sim, atuar-se em conformidade e em posse de informação.

8. Aferição da natureza das respostas face ao objetivo delineado

Neste último ponto procurou analisar-se o posicionamento dos atores entrevistados face ao objetivo proposto – *compreender a relevância que o entrevistado atribui à saúde, desta feita não numa ótica de serviço básico de apoio à população, mas enquanto atividade exportadora* – tendo em conta a seguinte tipologia:

- A. As respostas do entrevistado sugerem que atribui uma importância reduzida a estes fatores, isto é, estas questões adquirem uma importância menor no âmbito das políticas de saúde, pelo que não devem condicionar as outras orientações de política de saúde;
- B. As respostas do entrevistado sugerem que compreende e precisa a problemática em termos teóricos, isto é, valoriza estas questões e consegue fundamentar as suas ideias do ponto de vista concetual (mas não ao nível da formulação de políticas);
- C. As respostas do entrevistado sugerem que compreende e precisa a problemática em termos teóricos, avançando inclusive com orientações de política;
- D. As respostas do entrevistado sugerem que consegue operacionalizar a teoria e traduzi-la em questões práticas (e.g. é capaz de elaborar um plano de ação);
- E. As respostas do entrevistado sugerem que consegue operacionalizar a teoria, explicitando os meios, os critérios e a informação que é necessário recolher para colocar em prática o que ptopõe.

A interpretação da natureza das respostas face ao objetivo delineado sugere que:

- A quase totalidade dos entrevistados (10) concetualiza a problemática em causa e formula orientações de política no sentido de tirar partido da saúde e dos cuidados de saúde enquanto atividade exportadora (tipologia C), particularmente no que respeita ao desafio que a Diretiva de cuidados coloca e à importância do turismo de saúde para o desenvolvimento económico dos territórios;
- Os restantes, embora concetualizem a problemática em causa, centraram o seu discurso na discussão da importância da saúde enquanto atividade exportadora, não avançando com objetivos de política neste domínio (tipologia B).

Este posicionamento sugere que grande parte dos atores envolvidos neste processo de auscultação valoriza esta ótica saúde enquanto atividade exportadora. No entanto, não deixa de ser relevante o facto de não ter sido apresentada qualquer medida de intervenção que mostrasse como colocar em prática as linhas de orientação formuladas. Se a esta leitura se juntar o nível de fragmentação das

respostas e a sua análise no que respeita à relação escalas de intervenção/ instituições/ instrumentos de intervenção a utilizar, verifica-se uma menor apropriação do conhecimento neste domínio por parte dos atores locais e regionais.

De forma análoga às secções anteriores, procurou perceber-se se este posicionamento variava consoante a atividade profissional ou as habilitações académicas dos entrevistados e se havia questões particulares que sugerissem um comportamento diferente ao nível das sub-regiões em estudo. Não foi, todavia, possível avançar-se com qualquer conclusão neste contexto.

5.3.5. Mecanismos de governança na saúde

1. Os fatores considerados e a importância atribuída

Os mecanismos de governança e a relevância da articulação interinstitucional e intersectorial foram amplamente reconhecidos para o sucesso, quer do processo de formulação das políticas, quer para a sua implementação. Aliás, estas questões foram repetidamente referidas durante a discussão dos pontos prévios e retomadas nesta secção específica, em que se procurou compreender com maior profundidade o processo de formulação das políticas da saúde e a sua articulação com outros agentes e políticas, designadamente as de base territorial.

A importância da articulação interinstitucional, tanto dentro do próprio sector da saúde, como ao nível intersectorial, foi sublinhada particularmente pela necessidade de se conseguir, por um lado, alcançar consensos entre os diversos agentes que lidam direta e indiretamente com a área da saúde e, consequentemente, ser mais fácil a implementação de determinadas políticas e, por outro, gerir melhor os recursos, quer no sentido de alcançar uma maior eficiência, quer no sentido de tomar decisões mais equitativas, discriminando positivamente determinados territórios ou grupos sociais quando se justifique. Porém, é opinião generalizada que, tanto dentro do sector da saúde, como (e sobretudo) ao nível intersectorial, a articulação é muito pouco visível. Afirmações como as que se seguem ilustram bem o posicionamento dos atores locais e regionais entrevistados sobre esta questão:

“A intersectorialidade é muito importante, mas não existe. Quer dizer, existe mas de uma forma teórica, muito falada”.

“Relativamente à articulação interinstitucional, há uma deficiente relação com outros sectores, não porque não haja vontade dos dirigentes, mas essencialmente porque as coisas são tantas de ambas as partes que nem temos tempo para tratar de assuntos que são prementes. É certo que por isso um dia mais tarde iremos pagar a fatura porque não se pensaram ou fizeram determinadas coisas”.

Embora o excesso de ‘atividades em mãos’ tenha sido um dos argumentos apresentados por alguns dos atores enquanto entrave para uma menor articulação interinstitucional, a tendência para olhar para a sua instituição de forma sectorial foi também mencionada como outro entrave para que os mecanismos de governança se efetuem de forma diferente. Por outro lado, foi sublinhado, ainda que por uma minoria de atores, que se há campos em que se deve promover uma articulação intersectorial, outros há em que não faz sentido porque são claramente do foro interno do ministério da saúde. O seguinte comentário proferido por um dos atores ilustra os limites da intersectorialidade: *“acho que há áreas que são especificamente da saúde, ou seja, que têm a ver com a organização interna dos serviços e depois haverá áreas em que deveria haver articulação, quer com a Administração Interna, com as autarquias, quer com a Proteção Civil, a Administração Interna a outro nível, quer com a área económica, quer com a Coordenação da Região Centro...*

Ou seja, há aspetos de desenvolvimento dos cuidados que deveriam ser feitos de forma integrada com outros, nomeadamente quando falamos de instituições, de alargamento de serviços, de cuidados, de alargamento de determinado tipo de cuidados, de programação ou de planificação da saúde. Mas quando falamos do funcionamento das instituições, da sua orgânica, tem a ver só com os próprios serviços”.

Quando se particulariza a relação sector da saúde/ordenamento do território, não obstante a fraca e esporádica cooperação existente, este é um domínio que é claramente compreendido e valorizado, quer para se obterem maiores ganhos em saúde (com referências aos impactos que o meio ambiente provoca na saúde dos cidadãos), quer para uma mais correta localização e organização dos serviços de saúde, quer ainda enquanto fator alavancador de determinados territórios, na medida em que a existência de um determinado nível de serviços constitui condição de atração e fixação de pessoas. Contudo, esta (potencial) relação levanta algumas interrogações para quase metade dos entrevistados. Por um lado, pelo desconhecimento que ainda existe de como atuar efetivamente de forma articulada, surgindo comentários como *“aquilo que mais escapa, que sentimos mais longe, mais afastado é o tema da saúde”* ou mesmo *“quanto ao ordenamento do território, não estou por dentro”*. Por outro lado, pelos (insatisfatórios) resultados visíveis de determinados instrumentos de ordenamento do território, que apresentam pouca visão estratégica. Por fim, pela ausência de uma entidade líder à escala regional que promova a articulação interinstitucional entre os diferentes sectores (nomeadamente ordenamento do território e saúde) e motive os agentes locais a agir em conformidade. Ou seja, esta questão passa essencialmente pela capacidade de liderança, caso contrário sobrepõem-se os interesses locais e as disputas territoriais, como atesta o seguinte comentário: *“quanto ao ordenamento do território, este é importantíssimo: significa que às vezes nós podíamos fazer uma unidade de saúde na fronteira de duas freguesias, nem era de uma nem era de outra, prestava cuidados às duas. Mas depois entram os ódios culturais e as disputas territoriais”*.

Os argumentos apresentados pelos atores locais e regionais reforçam a ideia de que a saúde não deve ser exclusiva das instituições integrantes do ministério da saúde, que embora desejável não existe uma cultura de cooperação institucional e que a relação saúde/ordenamento do território, não obstante o desconhecimento e as críticas avançadas, deve ser fomentada.

2. Avaliação da realidade e das políticas atuais

Para este domínio de análise, a avaliação efetuada pela globalidade dos atores regionais e locais foi negativa, quer no que respeita aos processos de governança que se verificam (e têm verificado), tanto entre diferentes sectores como dentro do próprio sector da saúde, quer no que concerne à orientação das políticas atuais, com prioridades diferentes das que seriam necessárias para se fomentar uma maior articulação interinstitucional e intersectorial, em parte justificadas pelo atual contexto económico.

Algumas das observações efetuadas prendem-se com a relação entre o nível central do Ministério da Saúde e as outras instituições, dentro e fora do campo estrito da saúde. Dentro do sector da saúde, é opinião generalizada que:

- Com exceção da ARSC, os atores não participam nos processos de tomada de decisão em saúde. Mas mesmo no caso da ARSC subsiste a dúvida se, nas reuniões regulares que efetua com o nível central, há de facto participação na formulação de estratégias ou se, pelo contrário, são mais informados sobre as orientações já definidas. A este propósito um dos atores auscultados referiu: *“é a questão da estratégia e do operacional (...) o processo devia estar ao contrário. Deviam estar centrados na parte de definição estratégica e depois responsabilizar”*;
- A informação é transmitida numa ótica claramente hierárquica, *“numa linha quase direta”* segundo um dos atores, por intermédio de diretivas, normas de orientação e circulares informativas;
- As entidades ao nível central pouco lidam com as diferentes realidades que se verificam no terreno, o que dificulta a relação formulação/implementação de políticas, em virtude da sua contextualização ser, não raro, inexequível. A título de exemplo, um dos autores fez a seguinte observação: *“os decisores políticos não vão ao terreno, não conhecem a realidade, independentemente de muitas vezes terem acesso a informação. Mas não se podem tomar decisões assim!”*

Em relação à articulação do nível central do Ministério da Saúde com outras instituições fora da esfera deste sector, os atores entrevistados comentam que estas instituições raramente são chamadas para participar nos processos de tomada de decisão em saúde, quer no patamar governativo (entre ministérios), quer no patamar regional e local. E se, ao nível das Santas Casas da Misericórdia, a União das Misericórdias Portuguesas (por intermédio do Grupo Misericórdias Saúde) foi o ponto de referência mencionado enquanto elo de ligação com o Governo, já ao nível das Escolas Superiores de Saúde e das autarquias a articulação é mesmo muito esporádica. Aliás, no caso concreto das autarquias, os comentários efetuados sublinham que a relação existe sobretudo na base da ‘pressão política’ que estas exercem sobre o governo em relação sobretudo à existência, à permanência ou ao encerramento dos serviços de saúde do seu município.

Outras observações foram efetuadas à relação que existe à escala regional e à sua articulação com as estruturas locais. E aqui a ARSC e a CCDRC são consideradas as instituições chave: no primeiro caso, com responsabilidades diretas no domínio da saúde (em geral) e dos cuidados de saúde (em particular), e, no segundo, com uma visão territorial de conjunto, que pode articular a saúde com outros domínios de intervenção e, como referido por diversos atores, coordenar (como o próprio nome da instituição indica e que foi lembrado por parte dos atores) as perspetivas sectoriais de forma transversal. No entanto, a cooperação existente entre estas duas instituições resume-se, no geral, à discussão em torno da atribuição de fundos comunitários que, na opinião dos atores em causa, pode ser condicionadora de

diversas iniciativas: *“o papel da CCDR pode ser importante na área da saúde, e na relação institucional, porque o facto de disponibilizar ou não verbas condiciona muito”*. Aliás, é principalmente em torno destes instrumentos financeiros ou através do processo de elaboração de certas estratégias de desenvolvimento que a CCDRC se articula com outros parceiros, com destaque para as autarquias, mas envolvendo um vasto número de outros agentes. Incluem-se aqui, como exemplos, o CRER 2020 – uma reflexão estratégica para a Região Centro para o período 2014/2020 numa ótica de *Competitividade Responsável, Estruturante e Resiliente* – e o PROTC – o plano ordenamento do território para a Região Centro, fundamental para articular os diversos instrumentos de política sectorial com expressão territorial e os instrumentos de planeamento à escala local.

Importa, agora, compreender como as relações interinstitucionais e intersectoriais em torno do domínio da saúde se processam ao nível mais próximo das comunidades. Os comentários proferidos pelos atores locais e regionais entrevistados mostram que, de um modo global, as cooperações existem por razões contratuais/formais ou pura e simplesmente são pontuais, resultando neste caso das afinidades pessoais e de contactos informais, principalmente ao nível das lideranças.

No domínio estrito da saúde, a articulação interinstitucional observa-se fundamentalmente por motivos organizativos e funcionais:

- Entre a ARSC e os prestadores de cuidados de saúde é estabelecido um processo de contraturalização, no qual se explanam os resultados de saúde que se pretendem para um determinado montante de financiamento;
- Entre os cuidados de saúde primários e os cuidados hospitalares há os canais de referenciação, que induzem algumas regras de relacionamento e, no caso específico da ULS, o seu modelo de funcionamento favorece uma maior articulação. No entanto, o relacionamento cinge-se praticamente a estas questões mais formais, não se verificando uma articulação do ponto de vista do planeamento estratégico. O comentário efetuado por um dos atores ilustra bem a (falta de) articulação entre os diferentes prestadores de cuidados: *“não há uma cultura de articulação interinstitucional, até entre os cuidados de saúde primários e os cuidados hospitalares, quanto mais entre diferentes sectores”*.

Passando da esfera estrita dos prestadores de cuidados de saúde para a participação das outras instituições no domínio da saúde, importa começar por fazer menção ao papel das instituições de ensino superior nestes processos, nomeadamente através das escolas superiores de saúde. Das observações efetuadas, pode concluir-se que a relação entre estas e os prestadores de cuidados baseia-se sobretudo na realização de protocolos para estágios ou formações pós-graduadas e, em menor grau, no desenvolvimento de projetos de investigação. Mas também aqui foram efetuados comentários sobre

as potencialidades que poderiam advir de um fortalecimento das relações: não só os prestadores de cuidados esperam mais das instituições de ensino superior (e.g. apoio estratégico, prestação de serviços), como também estas sentem que poderiam articular-se numa forma mais sistemática e abrangente se fossem criadas condições para tal, isto é, se o modelo de avaliação de desempenho dos docentes valorizasse mais esta componente de articulação com a sociedade numa ótica de melhoria dos serviços prestados à população. O mesmo raciocínio é extensível à relação entre as instituições de ensino superior e as autarquias que, embora se venha notando uma articulação crescente, particularmente no desenvolvimento de iniciativas na ótica da educação para a saúde, ainda é pontual e baseada no relacionamento informal e pessoal dos seus intervenientes.

Transpondo a discussão para as Santas Casas da Misericórdia, a relação destas com os prestadores de cuidados segue o mesmo padrão: muito pontual e essencialmente por razões administrativas (e.g. licenciamento de equipamentos). As justificações para tal parca articulação recaem sobretudo no facto de cada instituição só estar interessada em fazer o que lhe compete formalmente. Atente-se aos seguintes comentários:

“A saúde é confrontada frequentemente com problemas sociais que não é capaz de resolver. Alguns serviços hospitalares sempre estiveram entupidos e com internamentos prolongados por questões que não eram essencialmente da saúde. A pessoa é internada numa situação de doença aguda porque adoecem, mas depois quando se tentar recolocar a pessoa no domicílio outra vez, a gente verifica que não há condições. As Misericórdias, apesar de terem um objetivo social, têm também um objetivo de sustentabilidade: elas sabem que têm de se manter com um apport suficiente para terem, algumas até têm uma ambição de crescimento, e, portanto, querem não ter lucro no sentido comercial mas ter meios de crescer e, portanto, era muito difícil encontrar vagas para resolver esses casos, sobretudo, encontrá-las de imediato. A rede de cuidados continuados veio resolver isso. Portanto, a relação que eu digo entre a saúde e as Misericórdias é muito pouca”.

“Em Portugal existe aquilo que a gente chama ‘as quintas’, cada um tem a sua e entrar lá dentro da sua quinta outro é uma dificuldade. Eu acho que as pessoas estão muito de costas umas para as outras, a vontade de colaborar para termos uma vida melhor ainda não apareceu”.

Já a existência do Conselho Local de Ação Social, útil para o planeamento estratégico e a coordenação da intervenção social na área geográfica de cada concelho, facilita o diálogo entre as Santas Casas e outros atores, com destaque para as autarquias. Mas também aqui foram apontados alguns entraves decorrentes da conjuntura atual e da ausência de financiamento, o que tem inviabilizado uma articulação interinstitucional mais efetiva.

Importa abordar, também, o papel das autarquias nestes processos de governança, atores recorrentemente referenciados por todos os entrevistados. O potencial que é atribuído ao papel das

autarquias na saúde é elevado, desde que tenham competências para tal e saibam tirar partido de algumas dinâmicas já instaladas. Neste contexto, um dos atores comentou inclusive que *“a competência que as Câmaras Municipais têm na área da saúde é o Veterinário municipal. É rigorosamente assim, digo isto muitas vezes”*. Por isso mesmo, em diversas situações o que se verifica é que o seu envolvimento no domínio da saúde, nas palavras de um dos atores, *“não aparece a montante na definição de políticas, nem de princípios, vai no fundo tentando ver o que falta em termos de equipamentos (...) na tentativa da criação dos lobbies numa instância de influência, para tentar que o equipamento se construa”*. Refira-se que este papel das autarquias foi sublinhado por diversos autores. O seguinte comentário caracteriza bem um sentimento generalizado: *“as autarquias, no que diz respeito aos cuidados de saúde, funcionam essencialmente por pressão política para que não se feche aquela extensão de saúde... é uma matriz da missão autárquica: que na sua terra tenha o máximo de cuidados de saúde”*.

Embora a relação entre as autarquias e os prestadores de cuidados seja bastante heterogénea, com alguns municípios a participar mais ativamente no domínio da saúde e com os serviços de saúde do que outros, é possível, apesar de tudo, encontrar alguns aspetos comuns que favorecem a articulação interinstitucional: o desenvolvimento conjunto de iniciativas ligadas à promoção da saúde, a candidatura a fundos comunitários ou a partilha/cedência de espaços das Juntas de Freguesia para a prestação de cuidados de saúde. É certo que a conceção dos Conselhos da Comunidade criou condições para um maior envolvimento de outras instituições, com destaque para as autarquias, nos processos de tomada de decisão em saúde. Mas de acordo com os atores entrevistados ainda não há uma prática instalada de articulação intersectorial, pelo que os contactos são predominantemente para a resolução de questões pontuais e resultam das relações informais que existem.

O aliar da falta de competências das autarquias no domínio da saúde com as relações pontuais que existem entre estas e os prestadores de cuidados vem reforçar um argumento adicional focado por alguns dos atores auscultados: embora a figura das Comunidades Intermunicipais venha ganhando preponderância, quanto mais não seja devido ao acesso aos fundos comunitários, não há qualquer articulação intermunicipal no campo da saúde, o que tem como consequência uma ausência de uma visão para as sub-regiões e, por maioria de razão, a inexistência de um plano conjunto de intervenção.

Por fim, quanto à participação dos cidadãos nos processos de tomada de decisão em saúde, foi também opinião generalizada que, em Portugal, a cidadania e a cultura de participação são reduzidas. Atente-se aos seguintes comentários efetuados:

“A cidadania em Portugal grosso modo é deficitária”.

“Nós temos um grande défice de participação dos cidadãos em tudo. Há pouco estava a dar o exemplo das autarquias relativamente ao que é a reivindicação para o seu território. Basicamente, elas refletem o sentir dos cidadãos”.

No entanto, foi também referido a este propósito que a participação dos cidadãos era pouco promovida. Um exemplo mencionado por um dos atores consiste na informação que está disponível nos diversos *sites* das instituições ligadas à saúde: *“os sites são uma coisa muito de nós, do que queremos dar às pessoas, e não o que elas procuram”.*

O diagnóstico que os entrevistados efetuaram da realidade e das políticas atuais e o respetivo nível de consenso da argumentação encontram-se sistematizados no próximo quadro. Por motivos de simplificação, subdividiu-se o diagnóstico pelos três domínios de avaliação acima retratados: a articulação interinstitucional numa ótica intersectorial, a articulação interinstitucional no sector da saúde e a participação dos cidadãos no domínio da saúde.

Quadro 82: Avaliação da realidade e das políticas atuais

<i>Aspetos avaliados como positivos</i>		<i>Aspetos avaliados como negativos</i>	
<i>Domínio de avaliação</i>	<i>Nível de consenso</i>	<i>Domínio de avaliação</i>	<i>Nível de consenso</i>
Articulação intersectorial		Articulação intersectorial	
... Colaboração entre entidades do sector da saúde (e.g. ARS, prestadores de cuidados) e autarquias no âmbito de candidaturas a fundos comunitários	+++	... Ausência de cultura organizacional que promova uma articulação intersectorial	+++
... Cooperação existente em alguns locais entre centros de saúde, autarquias e comunidade	++	... Instituições fora da esfera estrita da saúde raramente são chamadas para participar nos processos de tomada de decisão em saúde, quer no patamar governativo (entre ministérios), quer no patamar regional e local	+++
Articulação na saúde		... Colaboração entre prestadores de cuidados de saúde, autarquias, Misericórdias e Escolas Superiores de Saúde feita de forma pontual e com base em relações informais	+++
... Articulação da ARS com os prestadores de cuidados vai funcionando por via dos contratos-programa e da contratualização	++	... Ausência de uma liderança capaz de promover a articulação intersectorial	++
... Os canais de referência existentes induzem algumas regras de relacionamento entre CSP e CH	++	... Contexto atual desvia preocupações para domínios financeiros	++
... Reuniões regulares entre ARS e Governo para a formulação de políticas	+	... Cada instituição olha somente para os seus interesses, não havendo uma cultura de cooperação	++
		... Colaboração entre ARSC e CCDRC resume-se, no geral, à discussão em	

	torno da atribuição de fundos comunitários	+
...	Divisão administrativa do país dificulta articulação intersectorial	+
Articulação na saúde		
...	Ausência de cultura organizacional que promova uma articulação interinstitucional	++
...	Demasiada centralização nos processos de tomada de decisão e organização demasiado piramidal	++
...	Contexto atual desvia preocupações para domínios financeiros	++
Participação dos cidadãos		
...	Reduzida participação por motivos de cultura e literacia	+++
...	Ausência de mecanismos que promovam uma efetiva participação dos cidadãos	+

3. Dos princípios às políticas: o que fazer do ponto de vista da tomada de decisão?

A discussão em torno da importância dos processos de governança e o diagnóstico traçado pelos entrevistados serviram de ponto de partida para se aferir quais as políticas que deveriam ser formuladas atualmente com vista a debelar as situações que foram referidas como negativas e, conseqüentemente, promover uma maior articulação interinstitucional. Seguindo a lógica do ponto anterior, as orientações de política foram subdivididas pelos três domínios acima estipulados, encontrando-se sistematizadas no próximo quadro.

A procura de uma maior articulação intersectorial concentrou a grande maioria dos objetivos de política traçados pelos atores locais e regionais auscultados. Neste contexto, as principais orientações, sempre de natureza muito genérica, visam:

- O estabelecimento de mecanismos que promovam o diálogo interinstitucional, articulando as várias estratégias decorrentes dos instrumentos programáticos existentes;
- A criação de uma cultura de olhar para o território como um todo e de acordo com uma visão estratégica intersectorial, instituindo a capacidade de liderança a uma instituição regional;
- A organização, de forma sistemática, de encontros formais e informais entre as instituições que atuam direta e indiretamente no domínio da saúde, permitindo o diálogo e o desenho de uma estratégia regional para a saúde, tendo presentes os objetivos de cada instituição;

- O desenvolvimento de *Estratégias Locais de Saúde* ou iniciativas tipo *idades saudáveis*, permitindo a participação de vários atores e articular a saúde com as dimensões ambiental, cultural, do espaço físico, entre outras.

Em relação à articulação interinstitucional no sector da saúde e à participação dos cidadãos nos processos de tomada de decisão política, as orientações lançadas pelos entrevistados consistiu, para o primeiro domínio, na criação de soluções organizacionais adequadas e uma prática cultural sistemática que promova tal articulação e, para o segundo domínio, na aposta na literacia em saúde (capacitando os utentes para participar mais ativamente nos processo de decisão) e no desenvolvimento de mecanismos de participação.

O quadro que se segue mostra também que as linhas de orientações avançadas pelos atores são coerentes com o diagnóstico previamente traçado, o que evidencia a coerência entre o levantamento da problemática e a procura das respetivas soluções estratégicas.

Quadro 83: Linhas de orientação prioritária

Domínio de orientação política	Linhas de orientação	Nível de consenso	Relação com diagnóstico (aspectos avaliados como positivos)	Relação com diagnóstico (aspectos avaliados como negativos)
Articulação intersectorial	Estabelecer mecanismos que promovam o diálogo interinstitucional, articulando as várias estratégias decorrentes dos instrumentos programáticos existentes	++	Colaboração entre entidades do sector da saúde (e.g. ARS, prestadores de cuidados) e autarquias no âmbito de candidaturas a fundos comunitários	<p>Ausência de cultura organizacional que promova uma articulação intersectorial</p> <p>Colaboração entre prestadores de cuidados de saúde, autarquias, Misericórdias e Escolas Superiores de Saúde feita de forma pontual e com base em relações informais</p> <p>Contexto atual desvia preocupações para domínios financeiros</p> <p>Colaboração entre ARSC e CCDRC resume-se, no geral, à discussão em torno da atribuição de fundos comunitários</p>
	Criar uma cultura de olhar para o território como um todo e de acordo com uma visão estratégica intersectorial, instituindo a capacidade de liderança a uma instituição regional	++	/	<p>Ausência de uma liderança capaz de promover a articulação intersectorial</p> <p>Ausência de cultura organizacional que promova uma articulação intersectorial</p>
	Organizar de forma sistemática encontros formais e informais entre as instituições que atuam direta e indiretamente no domínio da saúde, permitindo o diálogo e o desenho de uma estratégia regional para a saúde, tendo presentes os objetivos de cada instituição	++	Cooperação existente em alguns locais entre centros de saúde, autarquias e comunidade	<p>Cada instituição olha somente para os seus interesses, não havendo uma cultura de cooperação</p> <p>Instituições fora da esfera estrita da saúde raramente são chamadas para participar nos processos de tomada de decisão em saúde, quer no patamar governativo (entre ministérios), quer no patamar regional e local</p>
	Desenvolver Estratégias Locais de Saúde ou iniciativas tipo <i>ciudades saudáveis</i> , permitindo a participação de vários atores e articular a saúde com as dimensões ambiental, cultural, do espaço físico, entre outras	++	Cooperação existente em alguns locais entre centros de saúde, autarquias e comunidade	

	Definir a divisão administrativa de forma coerente e coincidente entre as diversas instâncias, permitindo mais facilmente criar sinergias interinstitucionais	+	/	Divisão administrativa do país dificulta articulação intersectorial
	Dotar as autarquias de maior responsabilização e competências na área da saúde, alargando o leque de possibilidades da sua intervenção neste domínio e permitindo o seu maior envolvimento	+	/	Colaboração entre prestadores de cuidados de saúde, autarquias, Misericórdias e Escolas Superiores de Saúde feita de forma pontual e com base em relações informais
	Promover cuidados integrados, tendo em conta o acentuado envelhecimento populacional e o aumento do número de pessoas com doenças crónicas, articulando a prestação de cuidados com a promoção da saúde e a qualidade de vida, contando com a colaboração de várias entidades	+	/	/
	Promover uma maior partilha e acesso a informação para agilizar processos e induzir a realização de iniciativas conjuntas, através do desenvolvimento de sistemas integrados de informação	+	/	/
	Sensibilizar os profissionais de saúde e os agentes das outras instituições (nomeadamente aqueles que exercem a sua atividade no domínio do ordenamento do território) para importância da articulação da saúde com outras áreas de intervenção (e.g. ordenamento do território), estabelecendo um plano de formação complementar	+	/	Colaboração entre prestadores de cuidados de saúde, autarquias, Misericórdias e Escolas Superiores de Saúde feita de forma pontual e com base em relações informais Colaboração entre ARSC e CCDRC resume-se, no geral, à discussão em torno da atribuição de fundos comunitários
Articulação na saúde	Promover um processo de maior participação e discussão na tomada de decisão política, criando soluções organizacionais adequadas e uma prática cultural sistemática	++	Articulação da ARS com os prestadores de cuidados vai funcionando por via dos contratos-programa e da contratualização Reuniões regulares entre ARS e Governo para a formulação de políticas	Ausência de cultura organizacional que promova uma articulação interinstitucional Demasiada centralização nos processos de tomada de decisão e organização demasiado piramidal

Participação dos cidadãos	Desenvolver mecanismos de participação nos processos de tomada de decisão, assegurando a auscultação e o envolvimento dos cidadãos no domínio da saúde	+	/	Ausência de mecanismos que promovam uma efetiva participação dos cidadãos
	Apostar na literacia em saúde, promovendo a participação e educação dos utentes na área da saúde e capacitando-os para participar nos processo de decisão	+	/	Reduzida participação por motivos de cultura e literacia

4. Uma perspectiva *escalar*: onde atuar?

Os comentários genéricos efetuados pelos entrevistados, embora visem a importância da escala nacional para a definição das grandes linhas de orientação, o que implica uma articulação entre os diversos ministérios, acentuam a importância dos níveis regional (com preferência para as CIM) e local para promover a articulação interinstitucional e intersectorial. Os seguintes comentários proferidos pelos entrevistados ilustram bem a sua visão:

“Há muitas coisas que não se podem fazer por decreto e, portanto, é ao nível local e regional que se devem fazer muitas iniciativas: conhecem as características da comunidade, conhecem as pessoas...”

“A promoção da intersectorialidade só será possível ao nível das NUTS III”.

“Cada vez mais as Comunidades Intermunicipais terão um papel preponderante para, numa perspectiva intermunicipal, decidir os grandes projetos de desenvolvimento”.

“A escala local e as Comunidades Intermunicipais são fundamentais”.

“[Embora seja adepto da regionalização] o nível local é fundamental para promover a articulação e para ouvir a comunidade”.

“[Embora seja ao nível local que se tem maior proximidade com a comunidade] a escala regional representa o nível ideal para promover a articulação interinstitucional e intersectorial, na medida em que, não só a forma de tomar decisões varia com os contextos territoriais, como também, do ponto de vista institucional, é a esta escala que se procuram sistematizar as orientações que vêm do nível nacional”.

5. Uma perspectiva institucional: quem envolver?

O esquema que se segue procura apresentar uma síntese das principais observações efetuadas pelos atores locais e regionais entrevistados no que respeita ao papel das instituições na procura de uma maior articulação interinstitucional e intersectorial.

Da leitura da tabela, importa reter os dois fatores mais sublinhados pelos atores. Por um lado, a importância que a CCDRC e as CIM adquirem no diálogo interinstitucional, cabendo-lhes um papel de coordenação na procura de uma visão global para a saúde capaz de articule as observações dos diferentes intervenientes que atuam em domínios com impacto direto e indireto na saúde. Por outro, a relevância que as autarquias locais assumem (e podem assumir), quer no que respeita a atividades ligadas à promoção da saúde, quer em relação à existência, localização ou encerramento de serviços de saúde.

Quadro 84: A perspectiva institucional por escala de atuação

<i>Instituições</i>	<i>Missão</i>	<i>Aspetos críticos</i>	<i>Nível de consenso</i>
CCDR CIM	Promoção do diálogo intersectorial e coordenação de atividades	A organização existente e as suas atribuições ainda não lhe permitem adotar este papel de coordenação intersectorial	++
Autarquias	Auscultação com a comunidade local Criação de sinergias com outros agentes para atividades ligadas à promoção da saúde e em relação à existência, localização ou encerramento de serviços de saúde	Fundamentais para promover a articulação, mas necessitam de mais meios e competências	+++
Conselho da Comunidade	Promoção do diálogo entre agentes de diversas áreas de forma a programar a identificação de necessidades em matéria de saúde	Necessitam de ter mais competências e poder decisório	+
Grupo Local de Ação Social	Coordenação da intervenção social na área geográfica de cada concelho	Conjuntura atual e ausência de financiamento tem inviabilizado uma articulação interinstitucional mais efetiva	+
Santas Casas da Misericórdia	Desenvolvimento de ações de natureza social e de cuidados integrados em articulação com outras instituições Promoção de atividades associadas à educação em saúde	/	+
Instituições de Ensino Superior	Colocação dos saberes das Universidades (e.g. ambiente, demografia, reabilitação, eletromecânica) à disposição da região para melhoria dos serviços prestados Promoção de atividades associadas à educação em saúde	Modelo de avaliação de desempenho dos docentes precisa de valorizar mais a componente de articulação com a sociedade	+

6. Uma perspectiva instrumental: com que mecanismos intervir?

A discussão em torno dos instrumentos, e ao contrário do esperado, centrou-se mais em instrumentos não diretamente relacionados com o domínio da saúde. E aqui, ganha particular relevo o PROT, enquanto instrumento que pode contribuir para uma visão mais estratégica e conjunta dos vários domínios sectoriais com impacto no território, bem como para conferir uma maior racionalidade à organização territorial, o que por sua vez concorre para uma lógica maior nos investimentos. Sendo certo que o potencial do PROT é reconhecido por quase metade dos atores entrevistados, não é menos verdade que a sua maioria tece diversas críticas à sua capacidade operacional, quer pela dificuldade que existe em juntar as diversas expectativas sectoriais, quer pela pressão política existente que em diversos momentos se sobrepõe ao estipulado no plano. As observações que se seguem, expressam alguns pontos de vista dos atores auscultados:

“Os PROT não passam de exercícios teóricos. (...) A racionalidade é depois decidida pelo Ministério: há um Presidente de Câmara ou um deputado que tem maior pressão e faz-se uma coisa daquelas que não consta no PROT. Mas isto não acontece só na área da saúde, pelo que os planos de ordenamento do território são relativamente teóricos”.

“Do ponto de vista teórico, os PROT deveriam ser decisivos: haveria muito mais racionalidade nos investimentos. Mas as autarquias não veriam com bons olhos essa intervenção por parte das CCDR. No futuro, essa racionalidade vai ter de acontecer: em primeiro, porque os fundos escasseiam; em segundo, porque já fizemos muita asneira ao longo destes anos todos e também contribuímos de certa forma para a crise”.

“O PROT é bom, quer dizer, em termos operacionais não sei se é bom, mas enfim é bom para se conhecer a região, as dinâmicas da região, e para saber as reivindicações dos autarcas e das forças vivas de cada uma das sub-regiões. É um extraordinário repositório porque depois não há quem fale, quem filtre aquilo e então a liderança? A malta mete lá tudo? É um plano, é um levantamento... um inventário era melhor digo eu! Agora, o PROT, o desenho que a malta queria... há muitas visões sectoriais, pelo que é difícil conciliar uma visão de conjunto final...”

“Ainda não se sabe o que se há-de fazer com o PROT”.

Ainda no campo dos instrumentos de ordenamento do território, os Planos Diretores Municipais (PDM) foram também mencionados, ainda que por uma minoria, mas no sentido crítico, ou seja, como exemplos de instrumentos que, pela sua rigidez e falta de visão estratégica, não podem considerar a saúde de forma estratégica e em articulação com os outros domínios de intervenção. Os seguintes comentários ilustram o posicionamento de alguns atores:

“Os planos de ordenamento são muito rígidos! São tão complexos numa alteração que se revele ser necessário fazer no equipamento, que é melhor não ponderar nada... Por exemplo, a discussão pública que há nesses documentos... e se quiser rever o PDM nunca será com menos de 7 ou 8 anos uma alteração, nos trâmites normais, se tudo correr normalmente”.

“Os PDM feitos a regra e esquadro... não se planeia de forma estratégica e articulada”.

Para além dos planos de ordenamento do território, foram igualmente referidos, ainda que por uma minoria de atores, outros instrumentos que, embora não estejam diretamente relacionados com o domínio da saúde, podem ser úteis para juntar vários agentes no sentido de articular a saúde com outras áreas de intervenção. Exemplos incluem a Agenda 21 Local, o Plano de Desenvolvimento Social ou inclusive as estratégias de preparação de fundos comunitários à escala sub-regional ou regional (e.g. CRER 2020).

Curiosamente, só uma minoria dos atores fez menção a instrumentos do lado da saúde como sendo úteis para o fomento da articulação interinstitucional e intersectorial, designadamente ao PNS, pese embora a dificuldade em operacionalizar as estratégias propostas. Refira-se, ainda, a referência efetuada, também por uma minoria de atores, às Estratégias Locais de Saúde. Interessante o comentário efetuado por um dos entrevistados a este respeito: *“as Estratégias Locais de Saúde deveriam ser trazidas para isto. As Estratégias Locais de Saúde são movimentos de cidadãos com o suporte camarário, seriam uma mimetização de uma rede social dedicada na saúde”*.

Importa, por fim, sublinhar o facto de ter sido referido por diversos entrevistados que as relações interpessoais e o respetivo diálogo informal são os principais canais de articulação interinstitucional que vai, de certa forma, funcionando, dependendo muito de quem lidera as instituições.

À semelhança das outras secções, o próximo quadro esquematiza a (possível) articulação existente entre a escala de atuação, as principais instituições a envolver e os instrumentos primários de intervenção a utilizar. Trata-se, como já referido, de um exercício interpretativo dos comentários efetuados pelos atores auscultados, não decorrente de uma articulação efetuada de forma explícita durante as entrevistas.

Quadro 85: Relação escala de atuação / principais instituições a envolver / instrumentos primários de intervenção a utilizar

Escala	Instituições	Objetivos	Nível de consenso	Aspetos críticos	Nível de consenso	Instrumentos de política	Objetivos	Nível de consenso	Aspetos críticos	Nível de consenso
Nacional	Governo e órgãos da Administração Central	Desenho de uma estratégia nacional	+	/	/	Plano Nacional de Saúde	Definição de linhas programáticas e de orientação	+	De difícil operacionalização	+
Regional	CCDR CIM	Promoção do diálogo intersectorial e coordenação de atividades	++	A organização existente e as suas atribuições ainda não lhe permitem adotar este papel de coordenação intersectorial	++	PROT	Desenvolvimento de uma visão mais estratégica e conjunta dos vários domínios sectoriais com impacto no território	++	De difícil operacionalização	++
						Estratégias de preparação de fundos comunitários (e.g. CRER 2020)	Recurso a meios financeiros para operacionalizar certas iniciativas	+	/	/
Sub-regional / local	Autarquias	Auscultação com a comunidade local Criação de sinergias com outros agentes para atividades ligadas à promoção da saúde e em relação à existência, localização ou encerramento de serviços de saúde	+++	Fundamentais para promover a articulação, mas necessitam de mais meios e competências	++	PDM	Distribuição territorial dos diferentes serviços	+	Ausência de visão estratégica	+
						Agenda 21 Local	Promoção da qualidade do ambiente e do bem-estar social numa ótica intersectorial	+	/	/
						Estratégia Local de Saúde	Transposição das orientações nacionais para os contextos locais e fomento da articulação	+	/	/

	interinstitucional e intersectorial									
	Conselho da Comunidade	Promoção do diálogo entre agentes de diversas áreas de forma a programar a identificação de necessidades em matéria de saúde	+	Necessitam de ter mais competências e poder decisório	+	/	/	/	/	/
	Grupo Local de Ação Social	Coordenação da intervenção social na área geográfica de cada concelho	+	Conjuntura atual e ausência de financiamento tem inviabilizado uma articulação interinstitucional mais efetiva	+	Plano de Desenvolvimento Social	Estratégia de intervenção para o desenvolvimento social	+	/	/
	Santas Casas da Misericórdia	Desenvolvimento de ações de natureza social e de cuidados integrados em articulação com outras instituições Promoção de atividades associadas à educação em saúde	+	/						
	Instituições de Ensino Superior	Colocação dos saberes das Universidades (e.g. ambiente, demografia, reabilitação, eletromecânica) à disposição da região para	+	Modelo de avaliação de desempenho dos docentes precisa de valorizar mais a componente de articulação com a sociedade	+	/	/	/	/	/

melhoria dos
serviços prestados

Promoção de
atividades
associadas à
educação em saúde

7. Das políticas à sua operacionalização: o que fazer na prática?

Quando questionados sobre as ações práticas a desenvolver para cumprir os objetivos de política formulados, muito poucos foram os atores locais e regionais que aprofundaram o seu raciocínio, relembrando que a cooperação interinstitucional e intersectorial, apesar de infelizmente em menor escala do que desejável, depende, em grande medida, quer da vontade dos líderes das instituições, quer do relacionamento pessoal que vai existindo entre as diferentes entidades, especialmente ao nível das ‘chefias’. Tal postura traduz alguma descrença quanto a mecanismos que promovam (ou, nas palavras de alguns dos atores, ‘forcem’) o relacionamento interinstitucional – *“há muitas coisas que não se podem fazer por decreto”*, como acaba por referir um dos entrevistados –, evidenciando, resultado de experiência própria, uma maior aposta na capacidade e vontade das lideranças para que tais sinergias surjam. Aliás, a este propósito, um dos atores fez a seguinte observação: *“também não se pode querer uniformizar tudo e concentrar as ações... É preciso deixar alguma margem para as instituições trabalharem à vontade. Aliás, assim é que conseguem inovar”*.

Ainda assim, interessa referir que as poucas observações efetuadas ao nível da operacionalização das estratégias focaram essencialmente a promoção de uma maior participação dos cidadãos nos processos de tomada de decisão, através nomeadamente do desenvolvimento de sessões de divulgação, debates públicos, campanhas informativas ou mesmo colocando mais informação disponível nos *sites* de internet.

Por fim, um dos atores referiu que uma forma de criar encontros sistemáticos entre as várias instituições, e consequentemente fomentar a articulação interinstitucional e intersectorial, seria instituir-se os conselhos municipais enquanto órgãos de reflexão, consulta e permanente debate: *“mas seriam conselhos com uma estrutura única, não um para a saúde, outro para a educação, etc.. E quem liderava era uma instituição com as valências equivalentes à CCDDR, mas ao nível local. Não seria só uma estrutura consultiva... Teria de ter poderes de intervenção”*.

8. Aferição da natureza das respostas face ao objetivo delineado

À semelhança das outras dimensões analíticas, também no que respeita ao objetivo de *perceber de que forma se efetua o processo de formulação das políticas da saúde e a sua articulação com outros agentes e políticas, designadamente as de base territorial*, foi definida uma tipologia das respostas apresentadas pelos entrevistados capaz de ajudar a perceber qual a importância que é dada a esta questão e se essa importância se traduz em ações práticas (ainda que do ponto de vista discursivo):

- A. As respostas do entrevistado sugerem que atribui uma reduzida às vantagens de articular diferentes estruturas institucionais e políticas que configuram o sector da saúde com outras estruturas e políticas sectoriais, designadamente as relacionadas com o ordenamento do território;

- B. As respostas do entrevistado sugerem que compreende e precisa a problemática em termos teóricos, isto é, valoriza estas questões e consegue fundamentar as suas ideias do ponto de vista concetual (mas não ao nível da formulação de políticas);
- C. As respostas do entrevistado sugerem que compreende e precisa a problemática em termos teóricos, avançando inclusive com orientações de política;
- D. As respostas do entrevistado sugerem que consegue operacionalizar a teoria e traduzi-la em questões práticas (e.g. é capaz de elaborar um plano de ação);
- E. As respostas do entrevistado sugerem que consegue operacionalizar a teoria, explicitando os meios, os critérios e a informação que é necessário recolher para colocar em prática o que propõe.

A interpretação da natureza das respostas face ao objetivo delineado indicia que:

- A quase totalidade dos entrevistados (10) concetualiza a problemática em causa e formula orientações de política no sentido de articular agentes e políticas de âmbito intersectorial (tipologia C);
- Uma minoria de atores avança com questões práticas sobre como operacionalizar as orientações de política delineadas (tipologia D), embora em nenhum caso se referissem explicitamente os meios, os critérios e a informação necessária para se colocar no 'terreno' as ideias (tipologia E).
- Em somente um dos casos é que, embora a problemática em causa tenha sido conceptualizada, discutindo importância da visão interinstitucional e intersectorial, não se avançou com objetivos de política neste domínio (tipologia B).

Este posicionamento segue a mesma lógica da verificada nos objetivos anteriores (pontos 5.3.3 e 5.3.4), sugerindo que esta é uma temática de importância elevada para os entrevistados, com argumentos e orientações de política delineadas que mostram que esta é uma questão para a qual os atores locais e regionais estão sensibilizados, mas que a quase ausência de ações de intervenção propostas, o nível de fragmentação das respostas e a sua análise no que respeita particularmente à relação linhas de orientação/escalas de intervenção/instrumentos de política a utilizar sugerem que ainda há um longo caminho a percorrer para alcançar um maior conhecimento sobre esta temática.

Por fim, procurou perceber-se se este posicionamento variava consoante a atividade profissional ou as habilitações académicas dos entrevistados e se havia questões particulares que sugerissem um comportamento diferente ao nível das sub-regiões em estudo. No entanto, não foi possível estabelecer-se qualquer conclusão a este respeito.

5.4. Uma visão de conjunto

Neste quinto capítulo, debateu-se a perspectiva dos atores locais e regionais sobre as questões fundamentais que norteiam a relação cuidados de saúde / território numa tripla ótica: *conceitual* (de que forma a relação é compreendida, problematizada e conduzida), *relacional* (com quem e como os atores se articulam no âmbito da temática em discussão) e *contextual* (quais as fragilidades e as vantagens associadas ao seu território de atuação).

A forma adotada para proporcionar uma visão de conjunto dos atores tendo por base os quatro domínios analíticos investigados no subcapítulo anterior reproduz a lógica da discussão efetuada em relação aos decisores políticos (cap. 3). Sendo assim, o ponto de partida da discussão consiste em expor e sistematizar as principais preocupações que estão na génese dos processos de tomada de decisão e como os princípios de equidade e eficiência no domínio da saúde (em geral) e dos cuidados de saúde (em particular) são percecionados.

Embora a equidade (relacionada com a distribuição de recursos em benefício de grupos sociais em desvantagem económica ou de acesso a cuidados de saúde) e a eficiência (na ótica da sustentabilidade do sistema de saúde) surjam no discurso enquanto valores fundamentais que devem nortear a formulação de políticas de saúde, os atores locais e regionais não deixaram de salientar a importância que os processos de tomada de decisão adquirem para uma correta e efetiva implementação das políticas. Por isso mesmo, quando questionados sobre quais os princípios que devem estar subjacentes na definição das políticas, questões como competência, ética e transparência despontam nas preocupações dos entrevistados, frisando que as decisões em saúde ainda têm um longo caminho a percorrer neste âmbito.

No âmbito da discussão em torno do princípio de equidade foram sublinhadas duas questões a ter em consideração ao nível da formulação de políticas. Por um lado, a proximidade aos cuidados de saúde, designadamente aos cuidados primários e aos cuidados continuados, deve ser garantida a todos os cidadãos, independentemente do local onde habitem. No entanto, a qualidade dos serviços não deve ser posta em causa, o que significa que a existência de patamares mínimos de determinadas condições (recursos humanos e equipamentos) deve ser garantida. A mensagem que os atores procuram aqui sublinhar é a de que a proximidade aos cuidados pode ser asseverada, não apenas pela existência de unidades de saúde distribuídas pelo território, mas também através da disponibilização de transportes que garantam a deslocação dos utentes aos serviços de saúde e/ou da deslocação dos serviços até ao domicílio, seja com recurso a unidades móveis ou mesmo via equipas de apoio ao domicílio. Por outro lado, de acordo com a visão de alguns dos entrevistados, a própria noção de acesso não se limita à vertente geográfica, incluindo, também, o tempo útil em que os utentes conseguem as consultas

(programadas ou não) em função das suas necessidades. No cerne da argumentação está a importância de se apostar na ideia de *saúde centrada nas pessoas*, o que ganha particular relevo face ao desafio colocado pelo envelhecimento populacional. Portanto, proximidade e disponibilização da oferta de cuidados atendendo às necessidades dos cidadãos são fatores que ganham preponderância no discurso dos atores locais e regionais no que respeita à adoção do princípio de equidade.

Refira-se que o garante da qualidade de cuidados e a atual conjuntura económica serviram igualmente de argumento para se levar em consideração o princípio da eficiência na formulação de políticas de saúde e, para tal, favorecer a concentração de serviços, principalmente no que respeita aos cuidados hospitalares. Mesmo assim, e embora os atores entrevistados mostrem sensibilidade em relação às dificuldades inerentes à conjuntura económica atual, especialmente pela dificuldade que impõe ao seu *modus operandi* diário, a tónica do seu discurso centrou-se essencialmente na importância de garantir uma equidade de acesso aos cuidados. E esta preocupação foi visível para os atores dos dois casos analisados – Baixo Vouga e Beira Interior Sul –, não porque nestas sub-regiões o acesso aos cuidados de saúde primários seja um problema que urge debelar, mas sobretudo pelo somar dos constrangimentos financeiros (ao nível das famílias) ao acentuado envelhecimento populacional que se vai observando fora dos principais aglomerados urbanos, colocando determinados grupos sociais em situações mais periclitantes. Mas aqui interessa também mencionar o facto de estas preocupações, embora partilhadas pela generalidade dos atores locais e regionais, terem sido mais realçadas, quer pelos provedores das Santas Casas, quer pelos autarcas locais, sobre os quais porventura são geradas por parte dos cidadãos maiores expectativas para a resolução dos problemas sociais observados.

Analisado o racional concetual e analítico em torno dos princípios de equidade e eficiência no que respeita aos cuidados de saúde, importa, agora, discutir como, na ótica dos atores locais e regionais, são formuladas e implementadas as orientações de política no domínio da saúde (em geral) e dos cuidados de saúde (em particular). Neste contexto, para a grande maioria dos entrevistados, os decisores políticos tendem a atuar de forma reativa, não se apoiando portanto num método específico, como seja a Análise Custo-Benefício ou a Análise Multicritério, ou mesmo na auscultação dos principais agentes interessados. Ora, sendo as decisões maioritariamente tomadas caso a caso, com uma forte componente política e estando ausente uma matriz homogénea de critérios técnicos, a perceção que existe é a de que muitas deliberações são tomadas tendo por base uma forte pressão política, o que coloca em causa diversas decisões que são tomadas ao nível central. Mas, curiosamente, e apesar das críticas ao nível decisório, os atores locais e regionais também perfilham uma conduta similar no seu processo de tomada de decisão, aludindo que o método depende muito das situações, não avançando porém com especificações concretas, embora fossem acrescentando que a auscultação dos principais

agentes interessados é a mais preponderante, na medida em que a escala local é a mais propícia para escutar as estruturas mais próximas dos cidadãos e corresponder às suas expetativas.

Ora, este posicionamento dos atores locais e regionais transmite duas mensagens que importa reter: por um lado, as dificuldades sentidas na transição de linhas de orientação entre o nível decisório e o nível operacional e a sua apropriação por parte das estruturas locais resultam, em grande medida, do próprio processo de tomada de decisão política, que é questionado pela ausência de critérios uniformes, pouco suportado em informação e sujeito a pressões por parte de diversos agentes, destacando-se aqui o papel *negativo* que as autarquias locais desempenham; por outro lado, a forma como as próprias instituições locais tomam decisões e traduzem em ações práticas as orientações provindas do nível decisório segue, do mesmo modo, a lógica do *cada caso é um caso*, não raro resultado de um acesso limitado a informação, mas também porque procuram gerir as diversas expetativas das estruturas locais, o que por sua vez induz o que aparenta ser o processo de apoio à decisão mais utilizado a este nível: o diálogo e a auscultação das partes interessadas.

No que respeita à própria fileira do processo de tomada de decisão, que inclui a ligação das políticas de saúde (*o quê?*) às escalas de atuação (*onde?*), às instituições a envolver (*por quem?*), aos instrumentos de política a utilizar (*através de quê?*) e à sua operacionalização (*como?*), aspetos fundamentais para compreender como, na perspetiva dos atores locais e regionais, as políticas se traduzem (ou podem traduzir) em ações práticas, as respostas foram, à semelhança do observado na investigação efetuada ao nível decisório, de natureza abrangente e não específicas para as linhas de orientação estratégica delineadas por cada entrevistado. Esta pouca proximidade à componente mais operacional e ilustrativa sugere, desde logo, um alheamento destes atores em relação a estas questões e contradiz, de certa forma, as expetativas iniciais de que a este nível de proximidade da comunidade a fileira do processo de decisão seria tratada com maior grau de profundidade. No entanto, esta situação deve ser observada à luz da tipologia de atores entrevistados, na medida em que, de uma forma geral, os cuidados de saúde constituem um tema para o qual os atores que não exercem a sua atividade em entidades diretamente relacionadas com a prestação de cuidados apresentam uma menor sensibilidade e/ou conhecimento para discutir com maior profundidade. Refira-se, aliás, que em certas situações a primeira reação de certos atores quando confrontados com algumas questões foi a de afirmar prontamente que não se sentiam numa posição confortável para avançar com ideias/soluções no âmbito estrito dos cuidados de saúde.

Mas esta reduzida objetividade é, em diversos momentos, igualmente visível no próprio diagnóstico traçado pelos atores entrevistados e no exemplificar de políticas que deveriam ser formuladas de forma a debelar alguns dos atuais problemas que o sistema nacional de saúde enfrenta, melhorar a prestação

de cuidados e consequentemente contribuir para uma melhoria do estado de saúde dos cidadãos, o que acaba por se traduzir em observações não raro demasiado generalistas e abrangentes, pelo que as particularidades das sub-regiões em estudo só pontualmente é que surgem nos argumentos apresentados.

Apesar dos constrangimentos referidos, é possível reter a ideia de que, de uma forma global, os atores são da opinião que o processo de tomada de decisão deve estar bem estruturado, hierarquizado (mas que permita uma participação alargada dos atores) e transparente. E se é à escala nacional que se espera que sejam definidas as grandes linhas de orientação, essencialmente por via do Plano Nacional de Saúde, é nos níveis regional e local que os atores entrevistados centram a sua atenção. No primeiro caso, dirigido essencialmente para a definição de estratégias contextualmente referenciadas, proporcionando um bom elo de ligação entre as orientações nacionais e as especificidades locais e articulando as políticas com os recursos. E assumem aqui particular preponderância, não só as Administrações Regionais de Saúde, mas também as Comissões de Coordenação e Desenvolvimento Regional e as Comunidades Intermunicipais, enquanto entidades responsáveis pela articulação de políticas para as respetivas áreas de influência. No segundo caso, para a concretização das políticas procedentes dos níveis central e regional e para o estabelecimento do diálogo interinstitucional e da auscultação das partes interessadas.

Debatida a forma como a formulação e implementação das políticas de saúde é globalmente percecionada pelos atores regionais e locais, interessa agora refletir e comentar com maior profundidade como a dimensão territorial é considerada neste processo e se, consequentemente, qualifica os processos de tomada de decisão.

Uma nota inicial para referir a dificuldade sentida por diversos atores em discutir a relação cuidados de saúde/território. E se é verdade que para todos esta relação é fundamental para uma correta organização dos serviços de saúde, para um desenvolvimento equilibrado dos territórios e para uma harmónica cooperação interinstitucional, não deixam de ser curiosas as suas observações no início das entrevistas, mencionando que o conhecimento que possuem do ordenamento do território (no caso dos atores ligados à prestação de cuidados) ou dos cuidados de saúde propriamente ditos (para os restantes atores) fica aquém de possíveis expectativas existentes para a realização das entrevistas. Por outro lado, o facto de o discurso tender a incidir maioritariamente sobre os fatores internos associados aos serviços de saúde, nomeadamente na questão das reformas dos cuidados de saúde primários e dos cuidados continuados estarem por terminar ou na defeituosa articulação que ainda se verifica, de uma forma geral, entre os diferentes tipos de cuidados, sugere uma aparente dificuldade em pensar de forma articulada e estratégica a dimensão territorial da saúde. As implicações que resultam desta postura para

o planeamento da saúde devem, pois, ser alvo de reflexão e debate, na medida em que evidenciam que, embora reconhecida a sua importância, esta é uma temática que ainda se encontra por explorar junto dos atores locais e regionais.

Quando instigados a refletir sobre de que forma o território influencia a saúde (em geral) e o acesso aos cuidados de saúde (em particular), os seus comentários transmitem basicamente três mensagens. Em primeiro lugar, os problemas que se verificam ao nível do acesso geográfico aos cuidados de saúde colocam-se fundamentalmente na questão da oferta de transportes públicos e não na distância dos serviços às populações. De facto, o comentário *“na nossa região não estamos tão mal quanto isso”* sobre a possível ausência de cuidados de saúde de proximidade e cuidados diferenciados reflete bem a postura generalizada dos atores do Baixo Vouga e da Beira Interior Sul. No entanto, os problemas que ainda se verificam no sistema regional de transportes existente em ambas as sub-regiões (seja pelos trajetos disponíveis, seja pelos horários existentes) colocam diversos entraves a algumas populações mais envelhecidas que habitam em locais mais remotos, designadamente no que respeita ao atendimento de carácter mais urgente, já que para a prestação de cuidados de saúde primários e/ou diferenciados programados em regime de ambulatório o apoio familiar ou de algumas instituições de solidariedade tem sido suficiente para debelar os constrangimentos existentes. Em segundo lugar, a assistência prestada ao nível dos cuidados diferenciados não tem acompanhado a cada vez maior exigência e expectativa dos utentes, o que se repercute na diminuição da confiança dos cidadãos nos serviços médicos existentes quando comparados com outros locais como Coimbra, Lisboa ou Porto. E se no caso da Beira Interior Sul as observações recaem na inadequação dos cuidados diferenciados (reduzido número de serviços, especialidades e profissionais de saúde face às necessidades da população), já em relação ao Baixo Vouga as críticas visam a competência profissional (não só técnico-científica, mas também relacional) ou, pelo menos, a imagem negativa que é transmitida a este nível. Por fim, em terceiro lugar, há uma preocupação generalizada com as questões sociais, designadamente com o fenómeno do envelhecimento populacional associado à conjuntura económica atual, problema mais sentido fora dos principais aglomerados urbanos e que está já a ter consequências ao nível da saúde e do acesso a cuidados por parte de algumas populações. Foi, aliás, neste contexto que a máxima *“quanto mais pobre mais doente e quanto mais doente mais pobre”* foi mencionada por um dos atores para exemplificar os problemas que estão já de facto a verificar-se.

Compreensivelmente, as linhas de orientação avançadas pelos atores locais e regionais entrevistados respondem, de certa forma, a estas preocupações, focando-se na procura de uma discriminação positiva de áreas mais remotas e de determinados grupos sociais (designadamente os idosos), essencialmente através da oferta de soluções complementares de acesso aos cuidados (e.g. transporte a pedido ou com recurso às TIC), no ampliar do papel dos cuidados primários junto das comunidades

(especialmente junto da população mais idosa), no continuar da reforma dos cuidados continuados e, assim, estar preparado para fazer face ao envelhecimento populacional e, ainda, no reformular da oferta de cuidados hospitalares, garantindo uma maior adequação às necessidades das populações. No fundo, a ideia transmitida é a de que urge identificar o que se pode ou não fazer para aliviar os constrangimentos sociais agravados pela conjuntura económica, de modo a posteriormente se conseguir clarificar uma visão para a obtenção de ganhos em saúde e, consequentemente, definir um plano concreto de navegação.

Esta postura mostra a capacidade da maioria dos entrevistados precisar e concetualizar a problemática em estudo do ponto de vista teórico, articulando as ideias de equidade e eficiência com as questões territoriais, o que por si só é um indicador elucidativo de que os atores locais e regionais são sensíveis à perspetiva territorial dos cuidados de saúde. Mas também mostra a pouca apetência para aprofundar a vertente mais operacional. Por exemplo, os critérios e as circunstâncias em que se deve atuar para colocar em prática os objetivos de política delineados ficam por esclarecer, trespassando a ideia de que a solução passa muito por uma determinação política que deve, não só basear-se em informação precisa (e.g. demografia, transportes...), mas sobretudo atender às expetativas das comunidades.

A consideração da dimensão territorial nas políticas de saúde foi também aprofundada com o debate em torno de outras duas temáticas complementares. A primeira considera as questões sociais, económicas e políticas que vão para além dos cuidados de saúde *stricto sensu*, o que por sua vez potencia a articulação entre a saúde e outras áreas de intervenção. Procura-se, aqui, uma reflexão, quer sobre as consequências de, por exemplo, se encerrar, manter ou construir um determinado serviço de saúde, quer sobre a importância da adoção de comportamentos e estilos de vida mais saudáveis. Na segunda temática considera-se o território enquanto oportunidade e fator alavancador de desenvolvimento, estimulando-se uma reação dos atores locais e regionais sobre a importância da saúde enquanto atividade exportadora para o desenvolvimento da economia e dos territórios.

A primeira temática foi considerada pelos atores entrevistados como sendo crucial para a qualidade de vida das pessoas (particularmente por motivos de equidade) e para o desenvolvimento dos territórios. Contudo, na sua opinião, há ainda um longo caminho a percorrer dada a preponderância que a prestação de cuidados, designadamente os hospitalares, adquire ao nível das políticas de saúde – levando diversos atores a mencionar que o *Ministério da Saúde* deveria, infelizmente, designar-se *Ministério da Doença* –, situação agravada pela conjuntura atual, em que as questões financeiras balizam muitos processos e investimentos. Este posicionamento advém, pois, do diagnóstico que os entrevistados fazem das sub-regiões, encontrando-se diversas similaridades entre a perceção dos atores do Baixo Vouga e da Beira Interior Sul. Ainda assim, no primeiro caso, foi particularmente realçada a

pouca atenção política dada às questões sociais e à continuação de cuidados junto de determinadas populações (mormente a mais idosa) e, no segundo, foram destacados a crescente diminuição de serviços de apoio à população (em que se incluem, mas não se restringem a, os serviços de saúde) e os poucos recursos humanos existentes para uma efetiva aposta para a promoção da saúde junto de determinadas entidades, como por exemplo as escolas.

Os objetivos de política delineados pelos atores locais e regionais decorrem do diagnóstico traçado e permitem introduzir um conjunto de considerações que, na sua opinião, acrescentam valor aos processos de tomada de decisão e conduzem à obtenção de ganhos em saúde. Por um lado, a aposta na promoção da saúde das comunidades tem de ser mais efetiva e sistemática, o que se consegue alcançar através de ações específicas que visem o aumento da literacia em saúde e do fomento de uma vida ativa e saudável, particularmente junto dos mais novos e dos idosos, ou por intermédio do desenvolvimento de iniciativas como as *cidades saudáveis* ou as *cidades amigas dos idosos*. Em complemento, estas iniciativas devem estar coordenadas com a continuação de cuidados junto das comunidades. São linhas de orientação que implicam, por um lado, desenhar uma visão conjunta de várias dimensões de intervenção, nomeadamente o ambiente, a cultura e o espaço físico, considerando-se por isso a saúde de uma forma mais abrangente, e, por outro lado, garantir a existência de estruturas de apoio social em articulação com os prestadores de cuidados e as autarquias.

Apesar destes objetivos de política terem sido mencionados de forma transversal aos estudos de caso, é possível apresentar algumas observações em concreto para cada uma das sub-regiões. A título de exemplo, para o Baixo Vouga foi apontada a necessidade de se perceber melhor o contexto territorial local e desenvolver estudos de boas práticas para a região, culminando no desenvolvimento de uma rede intermunicipal de saúde e bem-estar. Questões como conhecer com maior exatidão a realidade social ou as previsões demográficas surgiram no âmago da discussão. Já no caso da Beira Interior Sul, avançou-se com a necessidade de garantir o desenvolvimento de iniciativas de apoio à comunidade de forma sistemática e organizada (devido, em particular, ao fenómeno do envelhecimento da população) e a aposta nos recursos endógenos como fator de atração e fixação de população.

A transposição das orientações de política para ações práticas ficou, contudo, aquém do esperado face à escala de atuação em observação (local/regional). Com efeito, a ligação linhas de orientação/escalas de intervenção/instituições/instrumentos de política a utilizar, perfilha o mesmo teor de dificuldade mencionado antes, denunciando, novamente, uma menor apropriação do conhecimento nestes domínios. Uma postura que encontra eco no desconforto manifestado por diversos atores em falar sobre esta temática, na medida em que, na sua opinião, não detinham informação suficiente sobre o que se estava a fazer e sobre as orientações políticas desenvolvidas a nível mais macro. Para

exemplificar, relembre-se um dos comentários proferidos: *“não sei... É muito difícil porque é uma questão com que lido pouco”*.

Ainda assim, as observações efetuadas por alguns atores permitem retirar algumas ilações. Desde logo, há que destacar a importância que o Plano Nacional de Saúde adquire na definição de estratégias macro no domínio da promoção da saúde e o papel mais operacional que as Estratégias Locais de Saúde podem assumir na contextualização das orientações macro às necessidades locais. No âmbito desta transição de escalas, as autarquias assumem uma imagem preponderante para criar consensos interinstitucionais e de mais facilmente dialogar com os cidadãos. Mas este destaque dado às autarquias é sublinhado também no âmbito do desenvolvimento de outras iniciativas que contribuem, ainda que indiretamente, para a obtenção de ganhos em saúde. Incluem-se aqui a Agenda 21 Local, enquanto veículo de promoção da qualidade do ambiente e do bem-estar social, e o Plano de Desenvolvimento Social, enquanto estratégia de intervenção para as questões sociais, ambos desenhados de forma articulada entre as várias instituições de um determinado território. Nesta visão mais ampla da saúde, convém ainda salientar a pertinência atribuída às CIM e, ainda que com menor relevo, à CCDRC para a organização dos serviços com vista a ultrapassar as assimetrias existentes e, bem assim, para a definição de uma visão conjunta (intermunicipal) sobre os vários domínios sectoriais. E esta questão adquire particular interesse dada a relevância destas instituições na afetação dos fundos comunitários.

A temática seguinte apresenta um vínculo menos forte junto dos atores locais e regionais. É verdade que a importância de olhar para a saúde enquanto atividade exportadora foi amplamente reconhecida pelos entrevistados, em comum argumentando a necessidade das instituições estarem atentas, quer à nova realidade que decorre da aplicação da Diretiva dos Cuidados de Saúde Transfronteiriços, quer às dinâmicas económicas que resultam duma aposta no turismo da saúde (médico), e que em parte se interliga com a própria Diretiva. Mas a pouca participação em ações que promovam o turismo de saúde e o pouco conhecimento que demonstram sobre a questão da Diretiva sugerem que estas questões não se encontram na sua agenda de preocupações. Não é de estranhar, portanto, que afirmações do tipo *“não, eu não me tinha apercebido da questão da Diretiva”* ou *“não é uma área em que eu sinto que esteja muito bem preparado”* surgissem no decorrer das entrevistas. E perante este cenário importa refletir sobre o facto de, neste processo, ter faltado a componente *pedagógica* por parte dos decisores políticos a nível central no sentido de esclarecer, debater e mobilizar os atores locais e regionais para estes desafios.

Apesar de tudo, existe a ideia generalizada de que o país tem condições excelentes para tirar partido da junção do clima, hotelaria e gastronomia com os cuidados de saúde (especialidades e medicina geral) e a tecnologia existentes. E, neste sentido, se às amenidades e à localização geográfica do território

nacional, distintamente reconhecidas internacionalmente, se conseguir aliar a excelência médica que em Portugal se pratica, está-se perante uma janela de oportunidade que deve ser usada para promover o desenvolvimento económico dos territórios. No entanto, esta visão otimista colide com as reservas que colocam, quer no que concerne ao papel do Estado neste processo, que apesar de dever considerar estrategicamente o turismo da saúde necessita ter consciência dos efeitos que daí poderão resultar para o SNS (designadamente em relação às listas de espera dos utentes), quer no que respeita ao enquadramento da região e às suas condições para responder de forma eficaz a este desafio. E aqui, em relação ao Baixo Vouga, embora tenha sido realçada a capacidade atrativa da região por motivos essencialmente de localização geográfica (e.g. proximidade ao mar e recursos naturais ligados à Ria de Aveiro), foi relembrada a importância da qualidade dos cuidados de saúde prestados e da forte imagem positiva que os prestadores devem ter internacionalmente, facto que não acontece com o Centro Hospitalar do Baixo Vouga. Já no que respeita à Beira Interior Sul, foi referido que, não só as amenidades existentes são mais propícias para um outro tipo de turismo, mais associado aos Spa's e ao termalismo, cuja aposta já se vai verificando com bons resultados, como também o número de profissionais de saúde ou a própria vontade dos prestadores de cuidados em olhar com interesse para esta questão sugerem uma reduzida capacidade de abraçar o desafio.

Perante este quadro, as principais linhas de orientação apontam para a necessidade de desenvolver uma estratégia nacional que considere a procura potencial e a oferta existente (e a inclua numa visão mais ampla de desenvolvimento regional) e para a importância da promoção de estratégias e ações de divulgação (*marketing*). Mas esta estratégia não deve visar somente o turismo médico. Deve, antes, procurar articular-se de forma complementar com uma aposta no turismo sénior e no turismo de bem-estar (Spa's e termalismo), de forma a tirar partido das características (sociais e territoriais) e valências (técnicas) de toda a Região Centro. É certo que foram poucos os entrevistados que procuraram aprofundar estas questões. Mas a ideia que transmitem é a de que, embora o desenho da estratégia deva ser pensado ao nível regional, numa ótica de cooperação entre a ARS, a CCDRC, as CIM e a Região de Turismo do Centro, é a capacidade proactiva local que fará toda a diferença, cabendo às autarquias um papel de liderança e de promoção de projetos de forma articulada com outros agentes, mormente da hotelaria e gastronomia.

Um traço que marca transversalmente as entrevistas, bem visível nas observações efetuadas até ao momento, é o apontar para a importância das relações interinstitucionais na formulação e implementação das políticas. Ora, foi justamente com o propósito de compreender a natureza e os mecanismos de articulação (*governança*) entre as principais instituições que são parte integrante dos processos de tomada de decisão em saúde em contextos territoriais específicos (Baixo Vouga e Beira Interior Sul), e consequentemente aprofundar o conhecimento sobre a importância da dimensão

territorial nas políticas de saúde, que se centrou esta última parte da discussão. E, nesta matéria, ficou patente o valor que os atores regionais e locais atribuem à articulação interinstitucional, tanto dentro do próprio sector da saúde, como ao nível intersectorial. A necessidade de alcançar consensos (decisivo para a operacionalização de muitas iniciativas) ou de gerir melhor os recursos (determinante para tomar decisões mais eficientes e mais equitativas) no domínio da saúde justificam o esforço que deve ser encetado nesta matéria. Com efeito, é opinião generalizada que, tanto dentro do sector da saúde, como (e sobretudo) ao nível intersectorial, a articulação é muito parca, seja pela postura atomista ainda muito culturalmente enraizada, seja pelo “*excesso de atividades em mãos*”, o que por si só é um indicador elucidativo de que não basta dispor de atores institucionais com potencial para participarem ativa e conjuntamente na obtenção de ganhos em saúde para os cidadãos. É forçoso motivá-los e, acima de tudo, criar uma dinâmica sistémica orientada por benefícios mútuos e que seja capaz de ultrapassar a anemia que parece existir na capacidade relacional dos atores, questão que, por maioria de razão, deve ser alvo de reflexão.

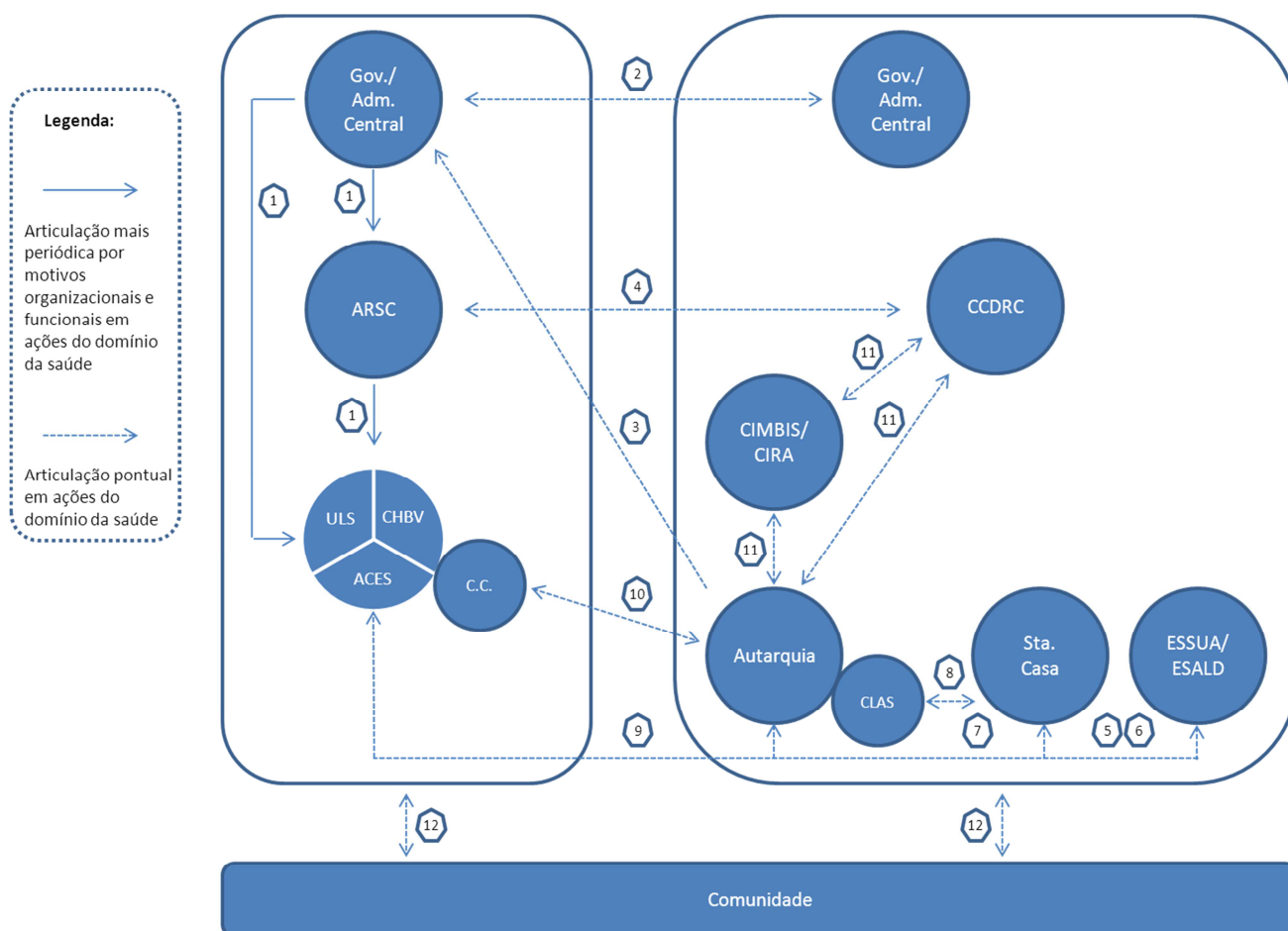
Os estudos de caso conduzidos no âmbito deste percurso investigativo permitem retirar um conjunto de ilações sobre os processos de governança existentes que, no seu conjunto, se traduzem nas seguintes mensagens:

- 1) A articulação interinstitucional no domínio estrito do sector da saúde observa-se fundamentalmente por motivos organizativos e funcionais, seja na relação entre os órgãos governativos e da Administração Central (e.g. DGS, ACSS) e a ARSC ou os prestadores de cuidados, seja na ligação entre estes dois últimos, seja ainda na articulação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados hospitalares;
- 2) A articulação do nível central do Ministério da Saúde com outras instituições fora da esfera deste sector é esporádica, em que raramente estas últimas são chamadas para participar nos processos de tomada de decisão em saúde, quer no patamar governativo (entre ministérios), quer no patamar regional e local;
- 3) A este propósito, o caso concreto das autarquias foi por diversas vezes mencionado, cuja relação existe sobretudo na base da *pressão política* que estas exercem sobre o governo em relação sobretudo à existência, à permanência ou ao encerramento dos serviços de saúde do seu município;
- 4) À escala regional, a cooperação existente entre a ARSC e a CCDRC (e, ainda que de forma indireta, as CIM) resume-se, no geral, à discussão em torno da atribuição de fundos comunitários;
- 5) O papel das instituições de ensino superior nestes processos, nomeadamente através das escolas superiores de saúde, baseia-se sobretudo na realização de protocolos para estágios ou formações pós-graduadas e, em menor grau, no desenvolvimento de projetos de investigação;

- 6) O mesmo raciocínio é extensível à relação entre as instituições de ensino superior e as autarquias que, embora se venha notando uma articulação crescente, particularmente no desenvolvimento de iniciativas na ótica da educação para a saúde, ainda é pontual e baseada no relacionamento informal e pessoal dos seus intervenientes;
- 7) A relação das Santas Casas da Misericórdia com os prestadores de cuidados segue o mesmo padrão: muito pontual e essencialmente por razões administrativas (e.g. licenciamento de equipamentos);
- 8) É certo que a existência do Conselho Local de Ação Social, útil para o planeamento estratégico e a coordenação da intervenção social na área geográfica de cada concelho, facilita o diálogo entre as Santas Casas e outros atores, com destaque para as autarquias. Mas, também aqui, foram apontados alguns entraves decorrentes da conjuntura atual e da ausência de financiamento, o que tem inviabilizado uma articulação interinstitucional mais efetiva;
- 9) A articulação entre as autarquias e os prestadores de cuidados é bastante heterogénea, com alguns municípios a participar mais ativamente no domínio da saúde e com os serviços de saúde do que outros (e.g. desenvolvimento conjunto de iniciativas ligadas à promoção da saúde, candidatura a fundos comunitários ou partilha/cedência de espaços das Juntas de Freguesia para a prestação de cuidados de saúde), mas ainda assim mais esporádica do que o expectável pelos próprios atores;
- 10) É verdade que a conceção dos Conselhos da Comunidade criou condições para um maior envolvimento de outras instituições, com destaque para as autarquias, nos processos de tomada de decisão em saúde. No entanto, ainda não se vislumbra uma prática instalada de articulação intersectorial, pelo que os contactos são predominantemente para a resolução de questões pontuais e resultam das relações informais que existem;
- 11) O aliar da falta de competências das autarquias no domínio da saúde com as relações pontuais que existem entre estas e os prestadores de cuidados contribui para a quase inexistente cooperação intermunicipal no campo da saúde, com consequências visíveis para a ausência de uma visão conjunta para as sub-regiões. Neste campo, as relações desenvolvidas no âmbito das CIM ou diretamente com a CCDRC centram-se quase exclusivamente nas candidaturas a fundos comunitários;
- 12) Por fim, no que concerne à participação dos cidadãos nos processos de tomada de decisão em saúde, argumentou-se que a cidadania e a cultura de participação são, regra geral, reduzidas, embora esta participação seja também pouco induzida pelas próprias instituições.

A próxima figura procura mostrar de forma esquemática os processos de governança observados e descritos acima, com referência aos números assinalados.

Fig. 14: Atores regionais e locais: atitudes e relações interinstitucionais



A leitura do esquema permite perceber, desde logo, que o sistema de saúde, no duplo patamar de formulação e implementação de políticas, funciona quase que de forma independente dos outros agentes que atuam, ainda que de forma mais indireta, no domínio da saúde. Permite, igualmente, visualizar que a estrutura relacional das diferentes escalas de intervenção (*coordenação vertical*) no campo da saúde é muito hierarquizada. Por fim, possibilita verificar que as cooperações existentes entre os atores mais ligados ao sector da saúde e os restantes (*coordenação horizontal*) são, de um modo global, pontuais, resultando neste caso das afinidades pessoais e de contactos informais, principalmente ao nível das lideranças.

Parece, ainda assim, ser legítimo efetuar uma leitura adicional desta análise: o facto de estes processos de governança se verificarem de forma similar no Baixo Vouga e na Beira Interior Sul sugere que esta problemática está enraizada de forma transversal nas instituições, nos atores e nas políticas do foro da saúde, o que pode, não só dificultar, ainda mais, uma mudança da *praxis* (requerendo uma alteração das

condições estruturais de governança, as quais muito provavelmente apenas de forma parcial dizem respeito ao domínio da saúde), como também contribuir para o reequilibrar de algumas relações de causalidade usualmente apontadas à dicotomia simplista entre o litoral e o interior.

Tendo por base este panorama geral, importa agora particularizar a perspectiva dos atores locais e regionais entrevistados em relação à articulação entre o sector da saúde e as políticas de ordenamento do território. E, neste campo, as vantagens decorrentes de uma forte articulação são nitidamente compreendidas e valorizadas. O facto de parte das instituições abordadas ter competências ao nível do ordenamento do território permite, sem dúvida, uma clara compreensão deste fenómeno, com estes atores a referirem os impactos que o meio ambiente pode provocar na saúde dos cidadãos e a importância que os instrumentos de ordenamento podem assumir para uma mais correta localização e organização dos serviços de saúde, não só para dar uma resposta cabal às necessidades das populações, mas também porque a existência de um determinado nível de serviços (de saúde, mas não só) constitui condição de atração e fixação de pessoas e, consequentemente, fator alavancador de determinados territórios. Mas a compreensão da importância relacional não significa que na prática se verifique uma frutífera colaboração interinstitucional nesta matéria. Pelo contrário, esta é fraca e esporádica. Uma postura que, segundo alguns atores, depende, em parte, da sensibilidade dos líderes autárquicos (sendo o grau de envolvimento muito variável de autarquia para autarquia), mas que está também associada às poucas competências que estas instituições (ainda) possuem no domínio da saúde, conduzindo alguns dos entrevistados a efetuar comentários do tipo *“aquilo que mais escapa, que sentimos mais longe, mais afastado é o tema da saúde”*.

Mas, repare-se, os atores que exercem a sua atividade noutras instituições também valorizam as potencialidades que possam advir de uma forte colaboração entre as duas áreas. O problema aqui reside mais no pouco conhecimento que detêm das questões relacionadas com o ordenamento do território, postura bem ilustrada por um dos comentários efetuados – *“quanto ao ordenamento do território, não estou por dentro”*. Argumento que reforça a ideia de que, para o domínio da saúde não ser considerado exclusivo das instituições integrantes do ministério da saúde, é desejável dotar as diversas entidades que atuam direta e indiretamente no campo da saúde de um maior conhecimento das potencialidades da relação com o ordenamento do território.

O quadro diagnosticado ao nível dos processos de governança plasma, assim, um profundo subaproveitamento da matriz institucional em torno da área da saúde. Neste particular, foi sugerido que o processo de elaboração de determinados instrumentos poderia instigar a participação de vários atores a pensar a saúde de forma conjunta e articulada. Todavia, a reação da maioria dos atores sobre os planos de ordenamento do território foi perentoriamente desfavorável: apesar do potencial que se

lhês reconhece, a reduzida capacidade operacional dos PROT (quer pela dificuldade que existe em juntar as diversas expectativas sectoriais, quer pela pressão política existente que em diversos momentos se sobrepõe ao estipulado no plano) e a rigidez e pouca visão estratégica que, na prática, pautam os PDM, sugerem que pensar nestes instrumentos como fatores indutores de uma maior colaboração entre as duas áreas de intervenção é, atualmente, puro diletantismo.

Assim, as principais orientações nesta matéria devem visar, em primeiro lugar, a criação de uma cultura de olhar para o território como um todo e de acordo com uma visão estratégica intersectorial, atribuindo a capacidade de liderança a uma instituição regional. A CCDD e as CIM podem adquirir, neste contexto, um papel decisivo, não só para o desenvolvimento de uma visão mais estratégica e conjunta dos vários domínios sectoriais com impacto no território, mas também para conferir uma maior racionalidade à organização territorial, o que por sua vez concorre para uma lógica maior nos investimentos. Em complemento, devem estabelecer-se mecanismos capazes de promover o diálogo interinstitucional, articulando as várias estratégias decorrentes dos instrumentos programáticos existentes. E aqui o desenvolvimento de *Estratégias Locais de Saúde* ou iniciativas tipo *cidades saudáveis*, permitindo a participação de vários atores e a articulação da saúde com as dimensões ambiental, cultural, do espaço físico, entre outras, assumem particular relevo. Mas, fruto de experiência própria, é opinião dos atores locais e regionais que o sucesso de tais medidas depende, grandemente, quer da vontade dos líderes das instituições, quer do relacionamento pessoal que vai existindo entre as diferentes entidades, especialmente ao nível das lideranças, pelo que deve haver um grande esforço de motivação e mobilização dos atores neste sentido.

Como último apontamento, interessa ter a perceção sobre a eventual relação que possa existir entre a perspectiva dos atores locais e regionais auscultados para cada domínio analítico em estudo e a sua atividade profissional e os respetivos percursos académicos. A sua leitura revela-se útil para compreender a maior ou menor sensibilidade de alguns atores no que respeita à relação das políticas de saúde com a dimensão territorial.

Seguindo de perto o mesmo racional analítico conduzido na discussão efetuada do grupo dos decisores políticos (subcap. 3.3), é possível verificar que os resultados, sumariados na próxima tabela, são muito pouco esclarecedores. Aparentemente, porém, são os atores regionais e locais que exercem a sua atividade em entidades diretamente ligadas à área dos cuidados de saúde (prestadores de cuidados, ARSC e APDH) que apresentam uma maior sensibilidade para concetualizar e delinear estratégias e meios em questões relacionadas com a dimensão territorial do *trade-off* equidade/ eficiência em saúde. Tudo aponta para que estes resultados estejam, por maioria de razão, associados ao facto desta temática estar mais ligada à área dos cuidados de saúde, componente mais afastada do conhecimento

dos restantes atores. A análise da componente formativa parece reforçar este argumento, na medida em que são os atores com formação na área da saúde que mostram a referida maior apetência para lidar com esta temática. Em complemento, e à semelhança do verificado no grupo dos decisores políticos, são os atores com formação inicial ou complementar na área da gestão/economia que apresentam uma sensibilidade adicional na questão dos métodos de suporte à decisão, corroborando a ideia de que a aquisição de competências nestas áreas pode contribuir para uma melhor compreensão e adoção de determinados métodos na formulação de políticas públicas.

Quadro 86: Relação entre a atividade profissional e a formação dos entrevistados e a tipologia estabelecida

Domínio analítico	Tipologia	Atividade profissional			Formação		
		Ligados aos cuidados de saúde	Com competências no OT	Outras entidades	Saúde	Gestão/Economia	Outra
Princípios fundamentais e dimensão territorial na definição de políticas da saúde	Dimensão territorial enquanto parte integrante dos princípios	(não foi possível verificar-se uma correlação entre as perspetivas dos entrevistados e a sua atividade profissional)			(não foi possível verificar-se uma correlação entre as perspetivas dos entrevistados e a sua formação)		
<i>Trade-off</i> equidade/ eficiência e dimensão territorial na saúde	Concetualização da problemática em causa e sua tradução (parcial) em ações práticas	x			x		
Métodos de apoio à decisão	Indicação e justificação de um método em concreto	(não foi possível verificar-se uma correlação entre as perspetivas dos entrevistados e a sua atividade profissional)			x		
Fatores externos aos cuidados de saúde	Concetualização da problemática em causa e sua tradução (parcial) em ações práticas	(não foi possível verificar-se uma correlação entre as perspetivas dos entrevistados e a sua atividade profissional)			(não foi possível verificar-se uma correlação entre as perspetivas dos entrevistados e a sua formação)		
Saúde enquanto atividade exportadora	Concetualização da problemática em causa e sua tradução (parcial) em ações práticas	(não foi possível verificar-se uma correlação entre as perspetivas dos entrevistados e a sua atividade profissional)			(não foi possível verificar-se uma correlação entre as perspetivas dos entrevistados e a sua formação)		
Articulação políticas de saúde/ políticas de base territorial	Concetualização da problemática em causa e sua tradução (parcial) em ações práticas	(não foi possível verificar-se uma correlação entre as perspetivas dos entrevistados e a sua atividade profissional)			(não foi possível verificar-se uma correlação entre as perspetivas dos entrevistados e a sua formação)		

Finda a discussão sobre os princípios e critérios utilizados na formulação e implementação de políticas de saúde (em geral) e cuidados de saúde (em particular) ao nível regional/local e aferida a sensibilidade dos atores face à relação cuidados de saúde/território nos processos de tomada de decisão, em contextos de governança específicos, importa agora efetuar um apontamento sistematizador final que permitirá posteriormente, em conjunto com a mesma súmula efetuada no âmbito da discussão em torno dos decisores políticos, compreender a relação saúde/território tendo por base o princípio de coesão territorial. A próxima caixa de texto traduz, de forma simples e sequencial, um conjunto de mensagens reflexivas que decorrem deste capítulo.

A adoção do princípio de equidade no acesso aos cuidados de saúde está associada à ideia de proximidade (cuidados primários) e disponibilidade de acordo com as necessidades dos cidadãos, o que confere uma lógica de discriminação positiva para ultrapassar certas debilidades existentes;

A ênfase no princípio de eficiência é motivada particularmente pela atual conjuntura económica e pelo 'hospitalocentrismo' ainda visível, mas está também associada à procura de uma maior qualidade na prestação de cuidados, o que determina uma lógica de concentração de serviços (cuidados hospitalares);

Nas sub-regiões em estudo, os atores locais e regionais manifestam uma preocupação acrescida à questão da equidade no acesso aos cuidados de saúde, o que decorre fundamentalmente dos constrangimentos económicos e sociais visíveis junto de determinados grupos sociais, com particular relevo para a população mais idosa;

Considerar as questões sociais, económicas e políticas que vão para além dos cuidados de saúde stricto sensu ganha, por isso, particular importância, o que por sua vez potencia a articulação entre a saúde e outras áreas de intervenção e, consequentemente, a inclusão de outros atores fora da esfera estrita da prestação de cuidados;

No contexto desta visão mais ampla da relação cuidados de saúde/território, os processos de tomada de decisão devem incluir uma reflexão, quer sobre a importância da adoção de comportamentos e estilos de vida mais saudáveis, quer sobre o impacto de encerrar, manter ou construir um determinado serviço de saúde, o que por sua vez implica olhar para o território enquanto recurso fundamental para aumentar o leque de oportunidades locais e regionais;

A importância da saúde enquanto atividade exportadora insere-se também nesta ideia, em que o desafio que decorre da aplicação da Diretiva dos Cuidados de Saúde Transfronteiriços e as dinâmicas económicas que resultam numa aposta no turismo da saúde podem constituir fatores alavancadores de desenvolvimento;

Mas as particularidades de cada sub-região, aliadas à pouca participação dos atores em ações que promovam o turismo de saúde e ao pouco conhecimento que demonstram sobre nomeadamente a questão da Diretiva, sugerem que estas questões não estão na sua agenda de preocupações;

Estar ciente destes constrangimentos pressupõe que a formulação de políticas leve em consideração as características territoriais e que as intervenções sejam perspectivadas, quer numa ótica integrada de articulação de sectores e serviços, quer a uma escala supra local, por forma a obter uma visão de conjunto e a criar ou potenciar sinergias entre diferentes locais;

Os processos de tomada de decisão em saúde tendem, contudo, a ser demasiado centralizados e de

natureza sectorial, o que aliado ao facto de as decisões serem maioritariamente tomadas caso a caso, com uma forte componente política e estando ausente uma matriz homogénea de critérios técnicos, conduziu a uma forte crítica às decisões tomadas a nível central e induziu sobre este uma enorme pressão dos atores locais;

As decisões políticas devem, por isso, não só considerar os princípios de equidade e eficiência enquanto valores essenciais, mas também garantir que, no próprio processo, questões como a ética, a transparência e a competência (i.e. decisões baseadas em informação) sejam asseguradas;

A adoção desses princípios e o garante dessas questões, aliados ao desenvolvimento de mecanismos de cooperação entre os agentes de saúde e os agentes que lidam com outras áreas de intervenção, em torno de uma visão partilhada sobre um mesmo território, constitui um veículo fundamental para introduzir um outro tipo de racionalidade (supletiva) nos processos de tomada de decisão.

Capítulo 6

DOS DECISORES POLÍTICOS AOS ATORES REGIONAIS E LOCAIS: UMA VISÃO DE SÍNTESE

Neste capítulo, efetua-se uma discussão crítica, conjunta e de síntese dos resultados obtidos nos três grupos objeto de investigação – decisores de políticas de saúde (cap. 4), instrumentos programáticos de políticas de saúde (cap. 5) e atores locais e regionais com influência direta e indireta no domínio da saúde (cap. 6). Tendo como propósito a compreensão, quer da fileira do processo de decisão no domínio das políticas de saúde e a sua relação com a dimensão territorial, quer da natureza e do processo de *governança* entre as principais instituições que são parte integrante dos processos de tomada de decisão em saúde em contextos territoriais específicos, o debate será efetuado à luz do quadro concetual desenvolvido na parte teórica da dissertação.

O quadro concetual teve como ponto de partida o princípio de Coesão Territorial, cuja compreensão do conceito foi formalizada em torno de três *dimensões analíticas*:

- Reconhecer e lidar com a *heterogeneidade territorial* e a complexidade das dinâmicas territoriais;
- Estabelecer uma *organização territorial* que promova a intensificação das relações interurbanas e a complementaridade de usos, funções e competências entre áreas urbanas e espaços rurais;
- Desenvolver intervenções integradas assentes em sistemas de *governança territorial* e envolvendo mecanismos de coordenação vertical e horizontal.

Estas três dimensões permitiram, posteriormente, refletir sobre a relação cuidados de saúde/território do ponto de vista concetual, procurando complementar a visão típica sectorial associada à saúde e introduzir um outro tipo de racionalidade (supletiva) em relação aos processos de tomada de decisão essencialmente baseados em critérios de afetação (*ótica da eficiência*) e de distribuição (*ótica da equidade*) de recursos. Importa, agora, ter uma perceção global sobre o posicionamento dos decisores políticos e dos atores regionais e locais auscultados no âmbito deste percurso investigativo sobre cada uma destas dimensões analíticas, identificando os principais fatores a considerar e, quando possível, os caminhos a percorrer.

Previamente à apresentação desta visão de síntese, importa efetuar dois comentários. O primeiro prende-se com a dificuldade inerente à realização deste exercício, em virtude do distanciamento assinalável que a temática do ordenamento do território apresenta no discurso da maioria dos atores entrevistados, o que indicia desde logo uma reduzida articulação entre a área da saúde e a componente territorial, não só do ponto de vista do pensamento estratégico, mas sobretudo ao nível operacional. É certo que no desenrolar das entrevistas a maioria dos auscultados acaba por evidenciar uma compreensão do fenómeno em estudo em termos teóricos, articulando as ideias de equidade e eficiência com as questões territoriais ao nível da formulação de políticas. No entanto, a pouca ligação e a fragmentação verificadas na relação linhas de orientação/escalas de intervenção/instituições/instrumentos de política a utilizar indiciam uma maior dificuldade em traduzir em ações práticas objetivos de política que congreguem tais domínios de saber. Esta postura ajuda a explicar a (pouca) articulação verificada entre as diversas instituições, bem como a importância atribuída à capacidade de liderança, fator fundamental, na ótica dos entrevistados, para a obtenção de bons resultados. É, de facto, um traço comum que marca a posição quer dos decisores de políticas de saúde quer dos atores locais e regionais, ambos sublinhando que, independentemente da maior ou menor aptidão em articular a saúde com a dimensão territorial ao nível da formulação de políticas, a capacidade de as traduzir em ações práticas depende de quem lidera os processos e da sua capacidade de mobilizar as estruturas locais. Uma visão que vai ao encontro do que Beer e Clower (2014:5) indicam como *“charismatic individuals who are seen to be an importante lightning rod for bringing about change and positive development”*. Portanto, se ao nível decisório se espera uma liderança com capacidade de perceber as potencialidades que decorrem da articulação destas áreas de saber e que sejam capazes de servir de exemplo e motivar os atores locais a agir em conformidade, ao nível de maior proximidade das comunidades também se deseja uma liderança sensível às vantagens daí decorrentes para um melhor planeamento da saúde, o que se traduz numa maior articulação interinstitucional e numa maior capacidade de implementação das políticas então formuladas.

O segundo comentário diz respeito à articulação que necessariamente deve haver dos três domínios analíticos que em seguida serão analisados, de forma a integrar a dimensão territorial na formulação de políticas de saúde à luz do princípio de coesão territorial. E aqui importa realçar que foi opinião generalizada, quer da parte do grupo dos decisores, quer da parte dos atores locais e regionais, que uma visão capaz de articular os três domínios tornaria os processos de tomada de decisão mais ponderados, justos e eficientes (não só na perspetiva da saúde, mas numa ótica mais global). Porém, também ficou espelhado que a adoção desta perspetiva conjunta não se afigura simples. O facto de se tratar de uma temática (relação cuidados de saúde/ordenamento do território) que ainda se encontra por debater, refletir e explorar e para a qual os atores que exercem a sua atividade (direta ou indiretamente) no

domínio da saúde não estão completamente sensibilizados, significa que a mudança da *praxis* enraizada muito dificilmente surgirá de forma espontânea, implicando, pelo contrário, um processo longo de capacitação das lideranças e dos profissionais.

Dimensão *heterogeneidade territorial*

Esta dimensão está associada, desde logo, à problemática das disparidades territoriais, uma das principais preocupações inerentes às políticas públicas, cujas intervenções se devem ancorar no desenvolvimento de estratégias que visem a promoção de equidade. A ideia subjacente é a de que as oportunidades individuais dependem, tanto de riscos associados ao desemprego, deficiência, pobreza, doença ou idade, como também do território onde vivem e trabalham, ou seja, à existência/acesso ou não de determinadas condições/oportunidades sociais e económicas. Neste sentido, abraçar a problemática associada às disparidades territoriais incute um juízo de discriminação positiva, tratando de forma diferente realidades que são estruturalmente distintas.

No domínio da saúde, a problemática das disparidades territoriais está particularmente relacionada com a relação *condições de acesso/concentração de serviços*, focando-se a questão fundamentalmente na análise da natureza geográfica de acessibilidade aos cuidados de saúde tendo em apreciação, quer a dicotomia urbano/rural, quer as recentes tendências de reorganização de vários sistemas de saúde numa ótica de racionalização de recursos e de concentração de serviços. Esta foi uma questão que mereceu forte atenção por parte tanto dos decisores de políticas de saúde como dos atores locais e regionais entrevistados. E embora haja uma perceção geral de que o desenvolvimento verificado nas últimas décadas em Portugal no que respeita às infraestruturas rodoviárias conduziu a uma diminuição dos problemas associados ao tempo de deslocação para os serviços de saúde, as dificuldades decorrentes do fraco sistema de transportes coletivos existente em muitos territórios, da conjuntura social e económica atual e do fenómeno de envelhecimento populacional vêm introduzir preocupações adicionais à relação supramencionada *condições de acesso/concentração de serviços*.

De acordo com os entrevistados, esta relação é ditada essencialmente pela especificidade e complexidade da oferta. Ou seja, afigura-se uma maior proximidade no caso dos cuidados de saúde primários e dos cuidados continuados e, pelo contrário, áreas de influência maiores para os cuidados hospitalares. A razão é dupla: a importância de garantir a casuística necessária para prestar cuidados com a qualidade adequada (e, portanto, quanto maior a especificidade e menor a procura, maior a necessidade de concentrar a oferta num menor número de locais) e o interesse em diminuir os gastos em cuidados de saúde, que tendem a centrar-se nos cuidados hospitalares e que derivam, em muito, de uma ainda existente oferta excessiva que necessita de ser reorganizada. Mas a procura de maior

eficiência, que decorre essencialmente da conjuntura atual, e a necessidade de dispor de limiares mínimos de serviços e profissionais de saúde para asseverar a qualidade dos cuidados devem também ser levadas em consideração na oferta de cuidados de saúde primários e cuidados continuados. Por isso mesmo, nas situações em que ainda persistam problemas de acessibilidade a aposta deve incidir essencialmente na promoção do acesso aos cuidados através de soluções alternativas, como sejam a adequação de transportes coletivos apropriados às necessidades das comunidades (e.g. transportes a pedido), a oferta de serviços de carácter itinerante e/ou o recurso às TIC.

Estas preocupações inserem-se na perceção global dos entrevistados de que diferentes condições sociais e territoriais exigem respostas diferenciadas numa ótica de discriminação positiva. Assim sendo, a solução *one-size-fits-all* é insuficiente para lidar com as disparidades existentes, pelo que os limiares mínimos que justificam a existência de um equipamento coletivo de saúde e as soluções de acesso alternativas não devem ser os mesmos para todos os contextos territoriais. Esta postura foi particularmente vinculada pelos atores locais e regionais, na medida em que se têm deparado nos contextos territoriais estudados (sub-regiões do Baixo Vouga e da Beira Interior Sul) com situações crescentemente preocupantes do ponto de vista social nos espaços mais afastados dos principais aglomerados urbanos.

Neste contexto, um dos corolários da análise efetuada reside na perceção de que os processos de tomada de decisão sobre como determinar quando e em que circunstâncias atuar numa ótica de discriminação positiva assumem, acima de tudo, um carácter essencialmente político, ainda que devendo ser apoiados por critérios de natureza técnico-científica (modo de legitimação da ação pública) e inseridos em processos que premeiem a colaboração com outros agentes (modo de legitimação da ação pública *negociado* e *contextualizado*). Do ponto de vista dos critérios de natureza técnico-científica, importa considerar os fatores que, por um lado, influenciam o acesso aos serviços (lado da procura), incluindo-se aqui os custos de deslocação e os custos de oportunidade associados às características socioeconómicas e clínicas dos utentes, e, por outro lado, afetam a prestação de cuidados (lado da oferta), designadamente a dimensão dos prestadores (número de valências, número de profissionais, número de intervenções/consultas), de modo a aumentar quer a eficiência por ganhos em economias de escala quer a casuística. Contudo, a tendência para o não recurso a métodos de apoio à decisão em concreto por parte de muitos dos entrevistados, associada à observação, pela maioria dos atores locais e regionais, de que os decisores políticos tendem a atuar de forma reativa, tomando as decisões caso a caso (estando ausente uma matriz homogénea de critérios base de natureza técnico-científica), bem como a crítica generalizada de que há pouca informação disponível que auxilie de forma concreta os processos de formulação de políticas de saúde, sugere que tais decisões são tomadas essencialmente numa ótica de *bom senso político* e sujeitas a uma forte influência, colocando por isso em

causa a transparência dos processos. E, neste particular, a análise efetuada nos casos em estudo transmite a ideia de que, no plano da conjuntura económica e social que se atravessa, os atores locais e regionais assumem conscientemente um papel reativo de suporte aos constrangimentos existentes, pelo que só numa fase posterior se conseguirão definir uma visão e um rumo estratégicos mais concretos para a obtenção de ganhos em saúde nos respetivos contextos territoriais.

Em bom rigor, este posicionamento dos entrevistados encontra eco nas orientações definidas nos próprios instrumentos-chave apontados pelos decisores políticos. E se é certo que a necessidade de garantir a equidade no acesso a cuidados de saúde primários (visando a eliminação das assimetrias e o reforço da ação destes prestadores) e uma maior eficiência e qualidade na oferta de cuidados hospitalares (por intermédio da sua reorganização e racionalização) encontram-se no âmago do discurso patente na maioria dos instrumentos, não é menos verdade que ficam praticamente ausentes respostas efetivas para garantir uma discriminação positiva de determinados territórios, bem como os critérios a adotar em conformidade.

A perspetiva acima referida dos entrevistados sugere que a análise da relação *condições de acesso/concentração de serviços* ganha mais sentido se for considerada num campo de ação mais vasto, isto é, atendendo a critérios de natureza mais ampla que os cuidados de saúde *per se*. Portanto, levar em consideração fatores como o rendimento, a literacia (em saúde, mas não só), o escalão etário e os comportamentos e estilos de vida acrescenta valor aos processos de tomada de decisão e conduz à obtenção de ganhos em saúde. Por isso mesmo, o desenvolvimento de iniciativas como as *cidades saudáveis* ou mesmo as *cidades amigas dos idosos* é apontado como um bom exemplo de como desenhar uma visão conjunta de várias dimensões de intervenção, nomeadamente o ambiente, a cultura e o espaço físico, considerando-se por isso a saúde de uma forma mais abrangente. Mas sem esquecer que iniciativas desta natureza devem estar coordenadas com a continuação de cuidados junto das comunidades, o que, por sua vez, implica garantir a existência de estruturas de apoio social em articulação com os prestadores de cuidados e as autarquias.

A adoção desta visão mais ampla implica, uma vez mais, a existência de informação factual sobre a realidade de cada espaço territorial para auxiliar os processos de tomada de decisão. Esta questão foi realçada particularmente pelos atores locais e regionais, acrescentando, por um lado, que a elaboração de determinados instrumentos, como as Estratégias Locais de Saúde ou os Planos de Desenvolvimento Social, podem contribuir para a adoção duma visão conjunta intersectorial e para uma melhor compreensão da realidade existente, e, por outro lado, que o desenvolvimento de uma ação concertada ao nível intermunicipal (em grande medida através das Comunidades Intermunicipais) produziria melhores efeitos na resolução de problemas e na definição de estratégias para o futuro.

Reconhecer a heterogeneidade territorial não implica somente olhar para as disparidades territoriais e atuar numa ótica de discriminação positiva. Significa, igualmente, tirar partido da diversidade dos territórios, ou seja, considerar as potencialidades e as fragilidades territoriais diferentes, o que consequentemente se traduz na análise dos recursos existentes para formular políticas territorialmente diversificadas. Ora, considerar os cuidados de saúde nesta ótica representa olhar para estes serviços, quer enquanto atividades exportadoras, capazes de atrair utentes a um nível global, quer enquanto meios de suporte a determinadas atividades económicas, apresentando um carácter de complementaridade em relação ao capital diretamente produtivo e permitindo inclusive gerar um efeito multiplicador e de diferenciação da sua economia (e.g. *turismo de saúde*), quer ainda enquanto fatores geradores de emprego e alavancadores de desenvolvimento no domínio da investigação e da inovação tecnológica (e.g. *cluster da saúde*).

A análise empírica efetuada sugere que, embora esta vertente de atuação deva ser levada em consideração na formulação de políticas de saúde, complementando consequentemente a visão típica centrada nos cuidados de saúde *per se* e não raro a partir de situações problemáticas (e.g. disparidades de acesso), tanto os decisores de políticas de saúde como os atores locais e regionais entrevistados apresentam *grosso modo* um menor envolvimento e sensibilidade neste domínio, dado o discurso mais cauteloso e ambíguo adotado. Talvez por isso não seja de estranhar que praticamente nenhum dos instrumentos programáticos de política analisados considere a questão em causa. Com efeito, a temática da saúde enquanto *sector exportador* é só mencionada, e parcialmente, no Programa do Governo e nas GOP.

Da discussão em torno desta perspetiva da saúde surgiu recorrentemente a nova realidade que decorre da aplicação da Diretiva dos Cuidados de Saúde Transfronteiriços e que visa estabelecer regras para facilitar o acesso a cuidados de saúde transfronteiriços na UE e promover uma maior mobilidade dos utentes. Na opinião dos entrevistados, contudo, a *abertura dos mercados* na prestação de cuidados acarreta, simultaneamente, riscos e virtualidades. Os riscos centram-se predominantemente em três aspetos. Em primeiro lugar, a filosofia da Diretiva, ao favorecer mais os países cujo sistema de saúde funciona por intermédio de um seguro social de saúde, torna Portugal pouco competitivo nesta esfera. Em segundo lugar, o facto do governo Português ter feito um percurso adaptativo pouco atempado aos desafios que decorrem da transposição da Diretiva para o contexto nacional sugere um atraso na capacidade de ultrapassar debilidades existentes e de tirar partido das eventuais potencialidades que daí decorrem para o país. Em terceiro lugar, e dados os prazos de resposta aquém do esperado por parte do SNS (e.g. tempos de espera), Portugal pode vir a ser mais importador de cuidados do que exportador, isto é, a população portuguesa tenderá a ir para outros países à procura de cuidados. Em

contrapartida, existe a convicção generalizada de que o país tem condições excelentes para tirar partido da junção do clima, hotelaria e gastronomia com os cuidados de saúde (especialidades e medicina geral) e a tecnologia existentes. E, neste sentido, se às amenidades e à localização geográfica do território nacional, distintamente reconhecidas internacionalmente, se conseguir aliar a excelência médica que se pratica no país, está-se perante uma janela de oportunidade que deve ser usada para promover o desenvolvimento económico dos territórios. A questão que se coloca aqui é qual o papel que o Estado deve desempenhar neste processo, cuja resposta não se revelou unânime: se, para parte dos entrevistados, deve haver uma forte intervenção do Estado no âmbito da prestação de cuidados nesta ótica transfronteiriça, seja pelas externalidades daí decorrentes para a economia, seja por uma questão de *direito à saúde*, já para outros a perspetiva é a de que o Estado deve criar as condições necessárias para que a forte aposta surge principalmente por parte dos privados, devendo antes centrar a sua atenção na resolução dos problemas existentes (e.g. diminuição dos tempos de espera para tratamento de pacientes).

O debate em torno da Diretiva evidenciou, também, que a profundidade do conhecimento sobre esta matéria apresenta graus diferentes entre os decisores de políticas de saúde e os atores locais e regionais. Com efeito, enquanto para os primeiros esta questão tem, de um modo generalizado, merecido a sua atenção, seja pelas funções que exercem, seja pelo seu interesse no tema, para uma boa parte dos atores auscultados no contexto dos estudos de caso este é um assunto sobre o qual a informação que detêm ainda é vaga. Esta situação sugere, por um lado, que a discussão sobre esta temática tem incidido principalmente ao nível decisório, o que vem corroborar o argumento de que ainda há um longo caminho a percorrer para que o país esteja apto a lidar com este desafio, e, por outro lado, que esta informação se encontra fundamentalmente na agenda daqueles que atuam diretamente no sector da saúde, na medida em que as grandes interrogações foram fundamentalmente colocadas pelos atores que exercem a sua atividade em áreas fora do domínio estrito da saúde.

Embora não decorra diretamente da Diretiva, o turismo de saúde (em geral) e o turismo médico (em particular) podem constituir fatores diferenciadores nesta inter-relação prestação de cuidados / desenvolvimento da economia. A junção das excelentes condições geográficas, climatéricas e de hotelaria aos muito satisfatórios indicadores de saúde e bem-estar, e que decorrem também dos cuidados médicos prestados, simboliza para o exterior uma boa imagem de marca, questão crucial para a atração de potenciais turistas na área da saúde. De acordo com os entrevistados, são fatores que influenciam claramente a procura e aos quais se devem ainda juntar outras duas questões: a população a atrair (importância, por exemplo, da Diáspora) e os custos dos tratamentos (que devem ser competitivos).

Posto isto, colocam-se duas questões. A primeira diz respeito à capacidade que a aposta nesta área tem de gerar efeitos multiplicadores e de diferenciação na economia. E aqui a questão centra-se fundamentalmente na captação de turistas em número suficiente para que tais efeitos ocorram. Neste contexto, os entrevistados argumentaram que este tipo de turismo é mais direcionado para ‘pacientes coletivos’ (com uma entidade intermediária – seguradora – responsável pelas despesas de saúde) do que para pacientes que paguem diretamente, dado o tipo de intervenções clínicas e procedimentos médicos que provavelmente serão mais efetuados. De um modo geral, no entanto, a análise empírica efetuada permite tirar a ilação de que uma resposta efetiva à questão colocada implica o que ainda não está feito: o desenho de uma estratégia nacional para o turismo de saúde (médico), desenvolvendo estudos sobre a potencial procura e a oferta existente, abrindo espaços de discussão, criando *nichos* de mercado (competir pela diferenciação), definindo novas formas organizacionais por parte dos cuidados hospitalares e valorizando infraestruturas existentes, promovendo ainda a articulação entre as instituições de saúde e as do sector do turismo. E à intervenção pública cabe um papel decisivo na dinamização desse esforço: seja no próprio desenho da estratégia, que deve ser articulada com as políticas públicas formuladas no âmbito de outras áreas sectoriais, seja criando instrumentos favoráveis à implementação das linhas de orientação então formuladas.

A segunda questão centra-se na relação entre este tipo de turismo e as áreas de baixa densidade: poderá a aposta no turismo médico constituir uma oportunidade para alavancar determinados territórios de baixa densidade através da valorização dos seus recursos naturais? Embora esta questão não merecesse particular atenção por parte dos entrevistados, os argumentos apresentados, ainda assim, revelam que mais importante do que as amenidades existentes é a qualidade dos cuidados prestados. Por isso mesmo, a aposta deve focar-se essencialmente nos locais onde os cuidados diferenciados constituem uma referência, o que tende a acontecer em espaços territoriais mais desenvolvidos e densamente povoados. A questão da qualidade dos serviços prestados mereceu especial atenção por parte dos atores locais e regionais nas considerações que efetuaram dos espaços territoriais em estudo. Na sub-região do Baixo Vouga, por exemplo, embora tenha sido realçada a sua capacidade atrativa por motivos essencialmente de localização geográfica (e.g. proximidade ao mar e recursos naturais ligados à Ria de Aveiro), foi realçada a fraca imagem que o Centro Hospitalar do Baixo Vouga transmite, o que dificulta à partida qualquer intenção da região apostar no domínio do turismo médico. Por outro lado, o número reduzido de profissionais de saúde e de valências hospitalares na Beira Interior Sul coloca, do mesmo modo, obstáculos a uma aposta efetiva desta sub-região nesta área e levanta inúmeras interrogações por parte dos atores auscultados. Neste cenário, parece validar-se a ideia de que a aposta em áreas mais remotas ou em espaços territoriais que não constituam já uma referência na prestação de cuidados diferenciados deve focar-se mais na outra conceção de turismo de saúde ou de bem-estar, mais associado aos Spa’s e ao termalismo.

A questão da qualidade dos cuidados prestados está também associada ao desempenho produzido em Portugal ao nível da investigação e da inovação, facto mencionado durante a discussão em torno da saúde enquanto atividade exportadora. Por isso mesmo, deverão ser criadas as condições necessárias para que haja uma relação próxima entre os prestadores de cuidados e as instituições de ensino superior ou outros centros de investigação, o que, por maioria de razão, poderá constituir uma oportunidade, não só para o desenvolvimento de determinados territórios (atraindo recursos humanos qualificados e promovendo a articulação com outras áreas de forma a ganhar escala), como também para aumentar a própria competitividade portuguesa no contexto da Diretiva e do turismo médico. E aqui importa mencionar o facto de se ter sublinhado a qualidade de diversas instituições neste âmbito que com a criação do *Health Cluster Portugal - Polo de Competitividade da Saúde (HCP)* se têm começado a articular mais e projetado estas questões para um outro patamar.

Dimensão *organização territorial*

De um modo global, a análise desta dimensão pressupõe perceber quais as possíveis repercussões de um desenvolvimento urbano equilibrado e em rede (*desenvolvimento policêntrico*) e de uma integração territorial de proximidade (*nova relação urbano/rural*) nestes serviços. No caso concreto dos cuidados de saúde, a distribuição territorial dos serviços tende a manifestar-se de acordo com uma hierarquia funcional, verificando-se uma segmentação vertical de serviços em que os níveis mais elevados apresentam as funções desse mesmo patamar e as dos inferiores. Tal significa que a distância que os utentes percorrem para aceder aos serviços constitui um fator de diferenciação entre os níveis de prestação de cuidados de saúde, em que a dimensão demográfica define as áreas de influência dos serviços e condiciona a existência dos cuidados hierarquizados funcionalmente.

Os argumentos discutidos no ponto referente à *heterogeneidade territorial* vêm precisamente comprovar esta questão: os serviços de menor complexidade (cuidados de saúde primários) devem adotar um padrão de maior distribuição pelo território, permitindo um acesso o mais atempado possível a estes prestadores, ao passo que os serviços mais especializados e complexos (cuidados diferenciados) devem abranger uma população maior, tendendo, por isso, a concentrarem-se nos locais mais densamente povoados. A procura de uma maior eficiência (por ganhos em economias de escala e diminuição do número de valências sobrepostas em determinados casos) e de melhores resultados clínicos ditam, assim, uma tipologia de cuidados hierarquizada pela sofisticação dos serviços, pela densidade e pela amplitude da população que servem. A análise dos documentos referentes às Redes de Referência Hospitalar (RRH) e da proposta de Carta Hospitalar vem corroborar este argumento, verificando-se a

existência de critérios normativos específicos sobre o planeamento e a organização dos cuidados hospitalares.

Se a distribuição territorial das diferentes tipologias de cuidados foi amplamente debatida, já o caso concreto da distribuição das valências hospitalares pelo território foi pouco afluída pelos entrevistados. Perante a ideia de uma desagregação das valências por diferentes espaços territoriais, ainda que envolvendo a cooperação entre os serviços de saúde para obtenção de economias de escala, as poucas reações não foram consensuais, dependendo em grande medida das especialidades em causa. E se é certo que a fragmentação, numa lógica de favorecimento de hospitais monovalentes, promove a criação de quadros especializados, concentrando toda a casuística em torno de casos específicos, não é menos verdade que a figura do hospital polivalente/geral apresenta ganhos em economias de gama, beneficiando por conseguinte da produção e gestão conjunta de diferentes serviços. Esta reflexão pode estender-se à filosofia inerente à conceção dos centros hospitalares, embora a sua fundamentação assente principalmente na procura de ganhos em economias de escala. E sobre esta questão, os (poucos) comentários efetuados sobre Centro Hospitalar do Baixo Vouga, do qual são parte integrante o *Hospital Infante D. Pedro – Aveiro*, o *Hospital Distrital de Águeda* e o *Hospital Visconde de Salreu – Estarreja*, apontam para a importância de garantir a duplicação de determinadas valências pelas unidades por motivos de equidade de acesso.

A discussão em torno desta questão implica adicionar ao binómio dispersão-concentração do ponto de vista da localização e prestação de serviços de saúde a noção de rede, associada à interação dos diferentes prestadores e ao respetivo fluxo potencial de pacientes. É neste sentido, aliás, que se insere a filosofia das RRH, auxiliando o planeamento e a organização da resposta dos prestadores de cuidados de saúde, localizando os serviços especializados nas unidades prestadoras segundo o seu grau de diferenciação e proximidade às populações e garantindo a sua prestação de forma integrada. E se, do ponto de vista teórico, estas redes devem considerar as necessidades das populações (com base em critérios de distribuição e rácios, previamente definidos, de instalações, equipamentos e recursos humanos), bem como a capacidade instalada e as especificidades e os condicionalismos locais e regionais, já a realidade, na ótica dos entrevistados, mostra que ainda há um longo caminho a percorrer para que as RRH contribuam para um efetivo aproveitamento dos recursos existentes. Por outro lado, a ideia de rede deve também considerar a referenciação de utentes entre diferentes tipologias de cuidados, ou seja, entre os cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados. Assegurar uma articulação e continuidade de cuidados e garantir uma fluidez nos circuitos que os utentes necessitem de percorrer é, na opinião dos entrevistados, crucial para a obtenção de ganhos em saúde. Com uma vantagem adicional: um funcionamento correto desta coordenação e continuidade de cuidados promove um incremento na utilização dos cuidados de saúde primários e uma resposta mais atempada

por parte dos prestadores, contribuindo assim para uma diminuição de eventuais constrangimentos decorrentes da distância a prestadores de cuidados diferenciados junto de algumas populações.

Esta perspetiva de rede introduz no debate a importância de se observar de forma conjunta e a uma escala supralocal as diferentes características territoriais, constituindo inclusive uma forma de gerir melhor as interdependências entre as áreas urbanas e as áreas rurais. No ponto da *heterogeneidade territorial* esta relação foi já afluada, referindo-se aí os argumentos apresentados pelos entrevistados sobre a importância de se apostar na oferta de meios de acesso alternativos aos utentes, por um lado, e no desenvolvimento de sistemas de transportes coletivos que garantam um efetivo acesso aos cuidados de saúde, por outro. Apesar de tudo, outros dois fatores abordados pelos decisores e atores locais e regionais devem igualmente ser aqui apontados. Por um lado, a utilização das TIC constitui uma mais-valia neste contexto, não só na relação utente/prestador, mas também na interação dos diferentes prestadores de cuidados, contribuindo para o agilizar da informação e o evitar da duplicação de exames. Por outro lado, o facto da organização administrativa referente às áreas de influência dos cuidados hospitalares e dos cuidados de saúde primários (nomeadamente os ACES) em certos casos não coincidir, como é exemplo o Baixo Vouga, pode constituir um obstáculo à adoção de uma visão estratégica conjunta. Potenciar os efeitos decorrentes do uso das TIC e procurar ultrapassar os constrangimentos decorrentes da não coincidência dos domínios administrativos dos diferentes cuidados de saúde constituem, por isso, fatores a considerar na promoção de uma maior integração e complementaridade territorial no que respeita aos cuidados de saúde.

A procura de uma maior integração e complementaridade territorial foi também debatida numa ótica mais ampla, ou seja, não estritamente centrada nos cuidados de saúde. Ora, adotar uma visão mais ampla e integrada do território significa considerar de uma forma transversal a oferta e a procura de serviços, o que por sua vez significa pressupor que a oferta de serviços de saúde deve ser ponderada de acordo com o modelo territorial definido para o sistema urbano, desde que se garanta a compatibilização e otimização da organização das redes de equipamentos e serviços públicos com a configuração do território. A amplitude e o grau de profundidade da discussão em torno desta questão foram reduzidos, o que sugere uma menor sensibilidade por parte dos agentes auscultados para esta temática mais do foro do ordenamento do território. Ainda assim, foram mencionados dois aspetos que interessa apontar. Por um lado, o encerramento de serviços de interesse geral que se tem observado no passado recente e que necessita de ser repensado ponderando a localização de todos os serviços (e não só uma estratégia para a saúde, outra para a educação, outra para a justiça, e assim por diante) atendendo às necessidades de cada espaço territorial. A ação pública neste contexto deve, pois, ser condicionada pela necessidade de reforçar a multifuncionalidade para assim criar condições de sustentabilidade desses espaços. Ainda que não por motivos estratégicos de desenvolvimento territorial

ou de ganhos por eficiência pela aposta na referida multifuncionalidade, a importância de relacionar o padrão territorial de distribuição de serviços de saúde com o padrão de ocupação de outros serviços é, aqui, realçada essencialmente por motivos sociais e de equidade no acesso. Por outro lado, as fragilidades associadas aos sistemas de transportes coletivos, essencialmente em termos de horários e periodicidade, prevalecendo por isso o uso do automóvel privado, não se verificam somente na questão do acesso a cuidados de saúde. Pelo contrário, repercutem-se no acesso à generalidade dos serviços, o que contribui para um maior risco de exclusão das áreas mais afastadas. Por isso mesmo, a introdução de sistemas de transportes coletivos que respondam numa ótica global (e não sectorial) adequadamente às necessidades das populações revela-se aqui peça importante ao nível das políticas públicas. Consideradas de uma forma conjunta, as questões aqui afluídas contribuem, não só para promover uma visão mais equitativa do território, mas também para aprofundar mecanismos de organização do território mais partilhadas e, por maioria de razão, mais eficientes.

Dimensão *governança territorial*

De uma forma geral, esta dimensão está aliada à ideia de uma articulação mais eficiente, quer entre diferentes níveis de administração (governança multinível /coordenação vertical), em que o contexto territorial local assume uma preponderância crescente, quer entre entidades/atores do mesmo nível (cooperação/coordenação horizontal) na procura de uma visão partilhada sobre um mesmo território. Pressupõe, igualmente, abordagens articuladas e integradas das várias dimensões sectoriais, ou seja, subentende a procura de coerência de políticas e, por maioria de razão, de instrumentos, também baseados numa visão partilhada territorialmente.

A investigação efetuada permite retirar ilações sobre três pontos que se inserem nesta dimensão analítica. O primeiro, de natureza mais global, relaciona-se com o papel do Estado no sistema de saúde. De uma forma geral, é-lhe conferido um papel relevante neste domínio, quer enquanto contratador e fiscalizador (que se espera que seja cada vez mais), quer enquanto prestador de cuidados (embora se espere um menor relevo), mas agora em ambos os casos enquadrado cada vez mais por lógicas associadas à nova gestão pública, com modelos de contratualização compostos por indicadores de avaliação de desempenho. Refira-se que este posicionamento foi mais visível na auscultação realizada junto dos atores locais e regionais, frisando que em matéria de saúde o sector público é fundamental para garantir uma maior equidade. Já durante a discussão com os decisores de políticas de saúde, foi visível o argumento, por parte de alguns entrevistados, que um bom funcionamento do sistema nacional de saúde implica dar mais ênfase ao sector privado, quer na formulação de políticas, quer na prestação de cuidados. E aqui a razão é dupla: por um lado, porque a sustentabilidade do sistema assim o exige e, por outro, porque o mais importante é garantir a qualidade dos cuidados

prestados e não centrar a discussão sobre quem os presta, o que significa que nuns casos caberá ao sector público e noutros ao sector privado, motivos que, em bom rigor, encontram eco em alguns dos instrumentos programáticos analisados, nomeadamente o PNS 2012-2016.

O segundo ponto diz respeito aos processos de formulação de políticas de saúde. No que concerne às atribuições de cada nível de intervenção e à respetiva articulação (coordenação vertical), na opinião dos entrevistados, o processo de tomada de decisão deve estar bem estruturado, hierarquizado mas não rígido (ou seja, permitindo uma participação alargada de várias entidades) e transparente. Aliás, foi unânime a importância atribuída à formulação e implementação de políticas públicas assentes num contexto de diálogo e cooperação, independentemente da escala de atuação. Neste contexto, a diferenciação escalar de funções é vislumbrada da seguinte forma:

- A escala nacional, por intermédio da esfera governativa e a dos restantes órgãos da administração central, constitui o palco por natureza de formulação de orientações estratégicas, normativas e técnicas para o país como um todo do ponto de vista da saúde;
- A escala regional, com particular destaque para as atribuições das ARS em matéria de cuidados de saúde, é dirigida essencialmente para a definição de estratégias contextualmente referenciadas (isto é, assegurando que as populações da sua região de saúde tenham os cuidados que necessitam), proporcionando um bom elo de ligação entre as orientações nacionais e as especificidades locais e articulando as políticas com os recursos;
- A escala local é fundamental para a concretização das políticas procedentes dos níveis central e regional, para o estabelecimento do diálogo interinstitucional e da auscultação das partes interessadas e para a gestão das expectativas das comunidades no que respeita a cuidados de saúde.

Mas como são definidas as orientações de políticas de saúde? Serão, nos processos de tomada de decisão, estabelecidos consensos por via de uma articulação multinível? A análise empírica efetuada permite validar a ideia de que a estrutura relacional das diferentes escalas de intervenção no campo da saúde é piramidal (do governo para as administrações central e regional e destas para os Hospitais e os ACES), centralizada e pouco participada, ocorrendo fundamentalmente por motivos organizativos e funcionais. Por isso mesmo, as relações interpessoais e o respetivo diálogo informal são os principais canais de articulação interinstitucional que vão, de certa forma, funcionando, mas que dependem muito, por maioria de razão, de quem lidera as instituições. Neste contexto, a análise discursiva efetuada no âmbito dos estudos de caso foi perentória em mostrar as dificuldades sentidas na transição de linhas de orientação entre o nível decisório e o nível operacional, o que decorre essencialmente por duas ordens de razão: por um lado, pelo parco envolvimento dos atores locais e regionais nos processos de tomada de decisão ao nível macro e, por outro, pela já mencionada atitude reativa e pouco baseada em informação de determinadas decisões, que acabam por ser tomadas caso a caso e,

por isso, sujeitas a pressões por parte de diversos agentes. A fraca dinâmica de colaboração institucional instalada compromete, assim, a implementação dos objetivos de política e a transparência dos processos, pelo que fica patente pelas observações efetuadas que, de forma a proporcionar uma maior apropriação das estratégias ao nível local e a garantir que as necessidades e características intrínsecas a cada contexto territorial sejam levadas em consideração, a ideia de governança territorial, neste patamar de envolvimento multinível, desempenha um papel basilar, quer ao nível da colmatação de constrangimentos decorrentes de assimetrias de acesso a cuidados de saúde (*disparidade territorial*), quer do ponto de vista do fomento de complementaridades funcionais entre espaços distintos (*organização territorial*), quer na ótica da valorização dos recursos existentes (*diversidade territorial*).

Não deixa de ser curioso verificar, porém, o facto de ao nível discursivo alguns dos instrumentos programáticos analisados apelarem para esta articulação institucional multiescalar, com particular destaque para o PNS. Com efeito, foram vários os entrevistados que felicitaram a forma como, quer o anterior PNS (2004-2010), quer o atual (2012-2016), procuraram fomentar o envolvimento de vários agentes na sua construção. Contudo, as várias reticências colocadas a uma efetiva implementação do atual plano e o facto de, ao nível local e regional, os atores entrevistados atribuírem uma reduzida importância a este instrumento, sugerem, não só que um dos objetivos do plano – servir de plataforma de entendimento entre os agentes do sistema de saúde através de diversos momentos de participação e discussão – não está a ser alcançado, como também que os palcos de articulação interinstitucional não podem ocorrer maioritariamente em torno de um só instrumento, já que a perceção global dos entrevistados é, como se referiu, que os processos de tomada de decisão são, na sua maioria, centralizados e pouco participados.

À compreensão dos processos de tomada de decisão em saúde importa acrescentar a componente respeitante à cooperação horizontal. A este propósito, os entrevistados unanimemente sublinharam a importância de formular e implementar políticas assentes num contexto de diálogo e cooperação entre as diversas áreas sectoriais de intervenção pública, independentemente da escala de atuação. Com efeito, e segundo os entrevistados, a necessidade de alcançar consensos (determinante para a operacionalização de muitas iniciativas) ou de gerir melhor os recursos (decisivo para tomar decisões mais eficientes e mais equitativas) no domínio da saúde justificam o esforço que deve ser encetado nesta matéria. Aliás, a importância dada a esta matéria encontra eco em grande parte dos instrumentos programáticos analisados, com especial referência para o PNS 2012-2016, que avança inclusive com a aposta na ideia de *saúde em todas as políticas*.

A investigação efetuada junto dos decisores de políticas de saúde, posteriormente reforçada pelo trabalho de campo efetuado nas sub-regiões do Baixo Vouga e da Beira Interior Sul, clarificou que a

articulação intersectorial é muito pontual, seja pela postura atomista ainda muito culturalmente enraizada, seja pelo “*excesso de atividades em mãos*”, que não permitem criar momentos de diálogo e reflexão interinstitucional. Efetivamente, os processos de decisão e implementação de políticas no âmbito do sistema de saúde funcionam quase que de forma independente dos outros atores que atuam, ainda que de forma mais indireta, neste domínio. E quando a cooperação existe, resulta predominantemente das afinidades pessoais e de contactos informais, principalmente ao nível das lideranças. As vantagens decorrentes da proximidade geográfica das instituições para a procura de soluções para problemas que têm em comum o tema da saúde, e por isso potencialmente favoráveis ao aprofundamento de processos de troca de informação e de partilha de conhecimentos, cedem assim a lógicas corporativas e paroquialistas que estão frequentemente mais centradas na subsistência e em medidas reativas do que no desenvolvimento de visões estratégicas de base territorial para a obtenção de ganhos em saúde. Percebe-se, assim, que não basta dispor de atores institucionais com potencial para participarem ativa e conjuntamente na obtenção de ganhos em saúde para os cidadãos. É forçoso sensibilizar os agentes para estas questões e, acima de tudo, criar uma cultura de articulação interinstitucional, orientada por benefícios mútuos, capaz de ultrapassar a anemia que parece existir na capacidade relacional dos atores.

A este cenário convém acrescentar que a própria participação dos cidadãos nos processos de tomada de decisão, tão propagada nos instrumentos de políticas e reconhecida pela maioria dos entrevistados como fator importante, não só por uma questão democrática, mas também para conferir legitimidade às orientações definidas e fomentar a sua apropriação por parte dos cidadãos, padece do mesmo problema: a cidadania e a cultura de participação são, em regra, reduzidas, embora esta participação seja igualmente pouco induzida pelas próprias instituições. Alguns dos comentários efetuados acrescentam a estes fatores duas interpretações complementares. Por um lado, a pouca motivação das instituições em fomentar a participação resulta, em grande medida, do facto da participação existente ser motivada por grupos de interesses com uma agenda própria, o que consequentemente compromete o desenrolar dos processos. Por outro lado, o reduzido envolvimento dos cidadãos em processos de tomada de decisão é resultado, também, das parcas expectativas que possuem em relação ao cumprimento dos compromissos assumidos pelas instituições no decorrer dos processos. O aforismo “*Je Participe, Tu Participes, Il Participe... Ils Profitent*”, colocado no título do seu artigo por Akbulut (2012), ilustra de forma feliz esta questão.

O terceiro ponto em discussão no âmbito da dimensão analítica *governança territorial* centra-se no caso particular da articulação entre as temáticas da saúde e do ordenamento do território. A este propósito, foi possível verificar que, apesar dos entrevistados realçarem a importância de promover relações interinstitucionais entre diferentes áreas de intervenção, o ordenamento do território estava, não raro,

ausente das suas observações, surgindo com maior frequência no discurso áreas como a Educação, a Economia ou o Ambiente. Aliás, um traço que marca transversalmente o início das entrevistas é o pouco entendimento sobre a (potencial) relação entre as políticas de saúde e as do ordenamento do território. No caso concreto dos estudos de caso, foi possível perceber-se que esta parca capacidade de articular, de forma natural e espontânea, as duas áreas é visível de ambos os lados, ou seja, com os atores mais ligados à prestação de cuidados a mencionarem expressamente que pouco conhecimento detêm de questões relacionadas com o ordenamento do território e os restantes atores (designadamente aqueles com funções ao nível do poder local), embora evidenciando diferentes graus de envolvimento, a revelarem algum desconforto em discutir com profundidade a temática dos cuidados de saúde.

Do discurso dos decisores políticos e dos atores locais e regionais é possível concluir que a articulação institucional entre as duas áreas tem sido inexistente ou simplesmente baseada em torno de questões pontuais, particularmente por motivos associados com os quadros de programação financeira. Foram essencialmente três os motivos apontados: a falta de uma cultura organizacional, a incompreensão mútua de como encetar processos mais colaborativos e, ainda, a forma depreciativa como o ordenamento do território é considerado pelos agentes do lado da saúde. Este *modus operandi* sugere, à partida, a necessidade de se criar uma cultura mais forte de articulação intersectorial através do desenho de soluções organizacionais adequadas para promover a coordenação conjunta de políticas. A aposta na já mencionada ideia de *saúde em todas as políticas* pode constituir aqui uma oportunidade para induzir essa maior articulação interinstitucional, incorporando a saúde e o bem-estar como componentes centrais no desenvolvimento de outros domínios sectoriais.

Embora esteja ausente a referida prática cultural sistemática, tal não significa que os decisores políticos e os atores locais e regionais não compreendam e valorizem a articulação entre o sector da saúde e as políticas de ordenamento do território. Pelo contrário. E se este posicionamento foi visível no âmbito do discurso proferido pelos decisores políticos, a análise dos estudos de caso, até pela abrangência dos atores locais e regionais auscultados, foi paradigmática nesta questão. Com efeito, o facto de parte das instituições abordadas ter competências ao nível do ordenamento do território permite, por maioria de razão, uma clara compreensão deste fenómeno, sobressaindo aqui os impactos que o meio ambiente podem provocar na saúde dos cidadãos, bem como a importância que os instrumentos de ordenamento podem assumir para uma mais correta localização e organização dos serviços de saúde, não só para dar uma resposta cabal às necessidades das populações, mas também porque a existência de um determinado nível de serviços (de saúde, mas não só) constitui condição de atração e fixação de pessoas e, conseqüentemente, fator alavancador de determinados territórios. Mas esta postura é igualmente assumida pelos atores que exercem a sua atividade noutras instituições. O problema,

porém, advém do pouco conhecimento que estes detêm das questões relacionadas com o ordenamento do território, o que reforça a ideia de que, para o domínio da saúde não ser considerado exclusivo das instituições integrantes do ministério da saúde, é desejável dotar as diversas entidades que atuam direta e indiretamente no campo da saúde de um maior conhecimento das potencialidades da relação com o ordenamento do território. Esta questão vem, assim, robustecer o argumento de que se torna indispensável garantir componentes de formação e sensibilização, de carácter pedagógico e temático, que estimulem decisores e profissionais a adquirir uma compreensão vasta sobre a importância da referida articulação no processo de formulação e implementação de políticas de saúde.

Esta perspectiva pressupõe também que os instrumentos programáticos de política sejam imbuídos de uma visão multisectorial, ocupando a articulação do domínio da saúde com o ordenamento do território, pelas razões já apontadas, um lugar visível. A leitura transversal dos instrumentos-chave apontados pelos decisores políticos sugere que as estratégias aí definidas para a saúde, embora variando em grau de detalhe, consideram a dimensão territorial: há uma preocupação, ainda que por vezes implícita, com a cobertura geográfica e a acessibilidade aos cuidados de saúde, reforçam a importância da promoção da saúde e da influência do meio ambiente na saúde das populações e, ainda, valorizam a participação de outros agentes nos processos de tomada de decisão em saúde. Por outro lado, e embora haja indicações gerais para a necessidade de estimular uma articulação intersectorial, com o sublinhar da já mencionada ideia de *saúde em todas as políticas*, a menção ao ordenamento do território é quase inexistente. Por exemplo, em nenhum caso são referidas as orientações delineadas pelos instrumentos de ordenamento do território, o que permitiria articular o planeamento da saúde com as opções de desenvolvimento de base territorial e, consequentemente, conjugar o combate às assimetrias sociais, económicas e territoriais com a valorização das especificidades locais e respectivos recursos endógenos.

Enquanto instrumento estratégico e programático por excelência para a saúde a nível nacional, e pela importância atribuída pelos entrevistados, o PNS 2012-2016 assume aqui um destaque natural. Não só pela importância que atribui à articulação intersectorial, mas sobretudo porque foi produzido nesse contexto um documento de análise especializada sobre o ordenamento do território no sentido de traduzir uma preocupação mais vinculada com conceitos e políticas de base territorial. Contrariamente ao expectável, porém, tais considerações não obtiveram eco no plano, gorando-se aqui uma oportunidade, até do ponto de vista pedagógico, para paulatinamente contribuir-se para uma alteração de quadros mentais e das próprias agendas e práticas no domínio da saúde no que respeita à dimensão territorial.

Com a clara percepção do profundo subaproveitamento que os principais instrumentos programáticos fazem da potencial relação saúde/ordenamento do território, foi defendido pelos entrevistados que o processo de elaboração de determinados instrumentos poderia instigar a participação de vários atores a pensar a saúde nos moldes em discussão. A este propósito, e em complemento ao PNS, assumem particular destaque os PRS e as ELS, desde que consigam perfilar um entendimento mais rigoroso e integrado das realidades regionais e locais. Já no que respeita ao eventual papel que os planos de ordenamento do território possam adquirir a este nível, a reação da maioria dos atores foi perentoriamente desfavorável: apesar do potencial que se lhes reconhece, a reduzida capacidade operacional dos PROT (quer pela dificuldade que existe em juntar as diversas expetativas sectoriais, quer pela pressão política existente que em diversos momentos se sobrepõe ao estipulado no plano) e a rigidez e pouca visão estratégica que, na prática, e segundo os entrevistados, pautam os PDM, sugerem que pensar nestes instrumentos como fatores indutores de uma maior colaboração entre as duas áreas de intervenção não é, atualmente, viável. A menção a estes instrumentos acrescenta à discussão a importância que as escalas regional e local assumem a este propósito. De facto, a escala regional, essencialmente via ARS, CCDR e CIM – com especial relevância para estas últimas na qualidade de entidades responsáveis pela articulação de políticas para as respetivas áreas de influência –, representa o nível ideal para promover a articulação interinstitucional e intersectorial, na medida em que, não só a forma de tomar decisões varia com os contextos territoriais, como também, do ponto de vista institucional, é a esta escala que se procuram sistematizar as orientações que emanam do nível nacional. Já no que respeita à escala local, esta é a que apresenta maior experiência ao nível da articulação institucional e intersectorial e, também por isso, o palco por excelência para a promoção de uma maior cooperação com as autarquias e as comunidades, designadamente no que respeita a questões relacionadas com a promoção da saúde. E se as expetativas dos atores são elevadas quanto a um aprofundamento da importância desta escala no que respeita à *governança territorial*, as interrogações também são muitas, na medida em que um maior protagonismo (mormente no caso das autarquias) implica uma maior responsabilidade, uma maior atribuição de competências e, por maioria de razão, uma maior dotação financeira.

CONCLUSÕES E TÓPICOS PARA UMA AGENDA DE INVESTIGAÇÃO

Esta é uma tese que associa a dimensão territorial à formulação de políticas públicas no âmbito dos *serviços de interesse geral*, expressão atualmente utilizada no seio da CE em substituição do termo *serviços públicos*. Aparentemente incontroverso, este tema não deixa, porém, de se revelar paradoxal.

Embora a importância dos serviços de interesse geral, quer para a qualidade de vida dos cidadãos, quer para o desenvolvimento social e económico dos territórios, seja há muito reconhecida, o debate em torno do papel das políticas públicas na sua provisão tem ganho uma acrescida visibilidade e centralidade nas agendas política, académica e mediática. Existem múltiplas razões que permitem explicar tal situação: as alterações políticas que, particularmente nas últimas duas décadas, visaram a liberalização dos mercados, a transição da ideia de utente de um serviço para a lógica do consumidor ou cliente e a atual conjuntura económica e financeira constituem alguns dos fatores mais apontados na bibliografia. Mas, curiosamente, aos defensores da diminuição do papel do Estado no contexto destes serviços – parafraseando Moreira (2009:19), “[*não falta quem pense dizer*] *um réquiem pelos serviços públicos*” – contrapõem-se os resultados do Inquérito Social Europeu realizado no final da última década (Svallfors, 2012), em que as expectativas da generalidade dos cidadãos europeus face ao papel do Estado na economia ou na área das políticas sociais são elevadas, verificando-se que querem uma maior e melhor intervenção pública. Num momento em que o debate sobre as funções do Estado é consensualmente considerado relevante, o papel das políticas públicas no âmbito dos SIG merece, pois, ser objeto de reflexão académica e política.

Grande parte da discussão em torno dos serviços de interesse geral tem, contudo, sido efetuada de uma forma ampla e *a-territorial*. “[*There is*] *a curious partial sightedness concerning the role of public services. (...) public services are frequently powerful placeshapers, and that their role in this regard has been largely ignored by most of the relevant academic literature. (...) Public services – health care, education, the police, social services, defence - they feature only rarely in the spatial planning literature (...) most of these services have their own spatial planning procedures and routines – hospitals are sited in relation to other hospitals and schools in relation to other schools rather than in*

relation to any more unified vision of the spatial disposition of the whole suite of public services and their integration with a wider plan for spatial development” comenta Pollitt¹²⁶ (2012:33, 37-38). “*The lack of an integrated strategy across policy areas serves to perpetuate and possibly increase the [existing] disadvantages (...) While separate working in silos continues, it will be harder to address these issues and tackle inequalities*” acrescentam Geddes et al (2011:35). Com efeito, alertando para a visão redutora que tradicionalmente se adota na discussão em torno destes serviços face ao seu potencial de transformação dos territórios e chamando a atenção para a visível ausência de articulação entre as diferentes áreas de intervenção, com as respectivas repercussões do ponto de vista da perpetuação das desigualdades existentes, estes autores confirmam a observação efetuada.

A analogia que Ferrão (2014) efetua entre a ideia de formular políticas de forma ampla e *a-territorial* (*considerar o país como um ponto*, nas suas palavras) e uma *caixa de ferramentas* ilustra, de forma metafórica, a importância de incluir a dimensão territorial na formulação de políticas públicas: ainda que possa estar em ótimo estado por fora, enquanto não se abrir a caixa de ferramentas não se conhece o seu conteúdo, pelo que não é possível verdadeiramente saber o que fazer com as peças que se encontram lá dentro, assim como também não é possível identificar que peças faltam mas que são cruciais obter no futuro. De acordo com o mesmo autor, olhar para as políticas públicas deste modo (ou, recorrendo às suas palavras, *tratar o país como um ponto*) é um obstáculo a que se pense estrategicamente o futuro dos diversos contextos territoriais. E, portanto, seja pelas disparidades geográficas visíveis e documentadas em diversas instâncias no que respeita ao acesso a estes serviços, seja pelo impacto social e económico que a presença destes serviços produz em diferentes locais, seja ainda pela importância de articular diferentes orientações de domínios de intervenção distintos, a dimensão territorial não pode ficar à margem da referida reflexão.

Pese embora os comentários acima efetuados em relação aos serviços de interesse geral, a dimensão territorial tem vindo a assumir uma maior visibilidade na formulação de políticas públicas no contexto mais amplo da CE. Neste âmbito, o *princípio de coesão territorial* tem ganho preponderância enquanto novo paradigma de desenvolvimento do espaço europeu, quer do ponto de vista institucional, adquirindo uma posição central no Tratado de Lisboa (2009), quer ao nível discursivo, entrando no léxico de diversos documentos programáticos da UE e de outras orientações estratégicas recentes. Por se tratar de um conceito amplo, porém, o princípio de coesão territorial torna-se, lembrando Van Well (2012), um *alvo em movimento*, dificultando a capacidade de lidar de forma analítica e normativa com o conceito e, por isso mesmo, a sua transposição da agenda política comunitária para cada um dos estados-membro. Mas, e seguindo as palavras de Davoudi (2009), a adoção do princípio de coesão

¹²⁶ De uma forma geral, o autor tende a incluir na designação *serviço público*, tanto os *serviços sociais de interesse geral*, como os *serviços de interesse económico geral*.

territorial *está para ficar*. Exemplo disso é a proposta do Acordo de Parceria 2014-2020 (*Portugal 2020*), apresentada pelo governo português à CE já este ano, que aposta na ideia dos *Pactos para o Desenvolvimento e Coesão Territorial*.

Ora, o ponto de partida desta investigação consistiu precisamente na discussão dos dois temas acima sublinhados: *serviços de interesse geral* e *coesão territorial*. Foi com este propósito que, na primeira parte da dissertação, se discutiu o papel das políticas públicas no âmbito dos serviços de interesse geral, se refletiu sobre o conceito de coesão territorial e se ponderou a importância da dimensão territorial na formulação de políticas públicas no contexto desses serviços. Ao avançar-se com uma interpretação processual do conceito de coesão territorial e uma análise (ainda que exploratória) de como está a ser efetuado o processo de transposição deste princípio da agenda política da UE para o caso específico da agenda portuguesa, espera-se ter conseguido fornecer um contributo clarificador para o debate científico neste domínio. Deste modo, apesar da sua natureza geral, o quadro concetual apresentado no final da primeira parte tem a vantagem de colocar em evidência um conjunto de questões que devem ser levadas em consideração de forma integrada nos processos de tomada de decisão no âmbito dos serviços de interesse geral. Com efeito, ao se adotar, como proposto, o princípio de coesão territorial na formulação de políticas públicas, significa que se está, não a procurar a solução final *perfeita*, mas antes a privilegiar um meio, isto é, um caminho alicerçado em três dimensões fundamentais – *heterogeneidade territorial*, *organização territorial* e *governança territorial*. Significa, também, que se está a atender a realidades territoriais diversificadas, cada qual com características sociais, culturais e económicas específicas.

A matriz concetual proposta para nortear a formulação de políticas públicas tendo por base o princípio de coesão territorial foi, posteriormente, particularizada para o caso da saúde (em geral) e dos cuidados de saúde (em particular), uma área de vital importância para os cidadãos, com elevado impacto social e económico, com uma forte componente geográfica e que tem sido alvo de um debate intenso dada a conjuntura económica atual. Com efeito, na segunda parte da dissertação procurou-se perceber a importância de uma intervenção do Estado e das políticas públicas neste domínio, justificar a necessidade de considerar a dimensão territorial nos processos de tomada de decisão em saúde e refletir sobre como adotar o princípio de coesão territorial neste contexto. Com o desenho de um quadro sistematizador final, alicerçado nas três dimensões acima mencionadas, criaram-se condições para, do ponto de vista concetual, propor um referencial de intervenção de políticas públicas no domínio da saúde e, consequentemente, contribuir para o debate científico no campo das *políticas públicas* e da *geografia da saúde*.

Se, por um lado, a componente teórica desta investigação permitiu, de um ponto de vista da política pública, discutir e clarificar o propósito da adoção (e respetiva operacionalização) de determinadas ideias e conceitos que pautam o discurso atual no seio da UE, por outro lado, permitiu o estabelecimento de um referencial de ação para o percurso empírico que, na sua sequência, se desenvolveu. Exclusivamente centrado no contexto português, foram dois os principais objetivos que pautaram a terceira parte da dissertação: em primeiro lugar, analisar *se* e *como* a dimensão territorial (através do princípio de coesão territorial) é considerada nos processos de tomada de decisão em saúde e, em segundo lugar, perceber de que forma a adoção do princípio de coesão territorial qualifica (do ponto de vista da aquisição de informação e conhecimento) os processos de tomada de decisão política.

Com o recurso a uma abordagem metodológica que permitisse beneficiar da experiência e do conhecimento dos principais atores da política da saúde nacional, realizaram-se mais de duas dezenas de entrevistas semiestruturadas a agentes da esfera da decisão pública neste domínio. A compreensão do fenómeno em causa foi, posteriormente, alicerçada de forma complementar em duas outras estratégias: em primeiro lugar, numa análise de conteúdo documental de instrumentos programáticos das políticas de saúde; em segundo lugar, através da realização de dois estudos de caso, também por via da realização de entrevistas, com o intuito de conhecer a relação entre os processos de tomada de decisão em saúde e a dimensão territorial em contextos específicos. Esta abordagem possuiu ainda a vantagem de analisar com maior profundidade as inter-relações institucionais existentes em espaços territoriais que apresentam dinamismos demográficos e económicos contrastantes: as sub-regiões do Baixo Vouga e da Beira Interior Sul.

Com a realização deste trabalho empírico, é possível afirmar que se obteve um conhecimento abrangente sobre como a dimensão territorial é levada em linha de conta nos processos de tomada de decisão em saúde. É igualmente possível ter um retrato sobre como o universo de atores entrevistados olha para cada um dos *ingredientes* que integram o princípio de coesão territorial. Não se pretende aqui repetir o argumento empírico e a sua relação com o quadro concetual de referência, questão já amplamente discutida no capítulo anterior. O propósito consiste, antes, em acentuar de forma sistematizada cinco das principais observações que decorrem da investigação feita para o caso da saúde.

A primeira observação é a de que os processos de tomada de decisão em saúde assumem um carácter essencialmente político e sectorial. Embora a constatação de que a decisão é do foro político pareça óbvia (na medida em que, em última instância, se está sempre perante uma opção por parte do decisor), o predomínio de decisões com parco recurso a métodos de apoio à decisão e sem uma matriz

homogênea de critérios de natureza técnico-científica promove processos reativos e sujeitos a uma forte pressão e questiona a existência de uma visão estratégica para a saúde e a transparência desses mesmos processos. Quanto à prevalência de uma visão estritamente sectorial, esta conduz a decisões de localização, permanência, fusão ou encerramento de serviços predominantemente baseadas na dimensão populacional e sem a expectável concertação de soluções em conjunto com outras entidades públicas e não públicas. No seu global, esta primeira observação transmite duas ideias: por um lado, a não consideração e explicitação de critérios de base territorial com vista à discriminação positiva (na ótica da justiça espacial) dificulta soluções espacialmente equilibradas; por outro, a ausência de relações intersectoriais não permite a adequada identificação de soluções concretas sobre uma visão conjunta da distribuição dos serviços (de saúde e não só) pelo território e a sua articulação com o modelo de desenvolvimento espacial.

A segunda observação é a de que os processos de tomada de decisão em saúde encontram-se fortemente centralizados e verticalizados dentro da referida redoma sectorial. A estrutura piramidal tipo *via única* tem tradução direta nas dificuldades sentidas na transposição de orientações estratégicas entre o nível decisório e o nível operacional e na forma como os atores locais e regionais encaram as políticas de saúde formuladas ao nível central e se apropriam das orientações que decorrem dos instrumentos programáticos do domínio da saúde. Por outro lado, a cultura atomista ainda enraizada dificulta a existência de momentos sistemáticos de diálogo e reflexão interinstitucional, fomenta o predomínio de medidas reativas e impede o desenvolvimento de visões estratégicas de base territorial para a obtenção de ganhos em saúde. É verdade que, do ponto de vista discursivo, a aposta em relações diversificadas com distintos agentes e crescentemente organizadas em rede é valorizada. Os próprios instrumentos programáticos da política de saúde apontam nesse sentido. Contudo, a reduzida articulação vertical e horizontal observada, não só não permite tirar partido de contextos particulares de interação e de ação coletiva que os territórios proporcionam à escala local e regional, como também dificulta a identificação de necessidades e especificidades locais e a própria aceitação social de muitas das medidas adotadas.

A terceira observação dirige-se para a visão redutora e fragmentada que se tem sobre a dimensão territorial das políticas em saúde. É verdade que, embora não espontânea e com reduzida tradução em ações práticas, há uma compreensão generalizada de que importa combater as ainda existentes disparidades de acesso, designadamente aos cuidados de saúde primários. Também é verdade que há um reconhecimento global da importância de se apostar na saúde enquanto *suporte* de dinamização económica de determinados territórios. No entanto, ficou claro que não existe um pensamento estratégico que alie a ideia de combater as situações problemáticas a uma lógica de valorização territorial. Dito de um outro modo, combater a marginalização de pessoas em contextos territoriais

específicos e criar oportunidades a partir dos ativos específicos de cada território (direta ou indiretamente ligados à saúde) são objetivos que tendem a ser considerados de forma antagónica e pensados de um modo isolado, impedindo, assim, uma visão estratégica e de conjunto para cada contexto territorial.

A quarta observação incide na perceção que prevalece sobre as políticas de ordenamento do território e os respetivos instrumentos e a sua real repercussão no domínio da saúde. Em termos gerais, a discussão em torno da relação políticas de saúde / ordenamento do território assume dois discursos distintos. De um lado, colocam-se aqueles que centram a sua atenção predominantemente no sector da saúde e nos respetivos instrumentos programáticos, em grande medida por desconhecimento das orientações estratégicas que emanam de outros domínios de intervenção, como o ordenamento do território. Aliás, a ideia de *saúde em todas as políticas*, embora realce o carácter transversal da saúde e a necessidade de articular este domínio com outros, não deixa de ser um sinal de *saúde-centrismo*. Encontram-se neste lote aqueles que exercem a sua atividade em entidades diretamente ligadas ao sector da saúde. Do outro lado, destaca-se um discurso mais global e integrador da saúde com outras áreas de intervenção, embora com menor profundidade em relação a um dos domínios (saúde vs. ordenamento). Estes dois discursos reforçam reciprocamente a ideia de que, enquanto as entidades que atuam direta e indiretamente no campo da saúde não forem dotadas de maior conhecimento sobre as potencialidades decorrentes da articulação entre as áreas de intervenção aqui em discussão, dificilmente as visões sectoriais e atomizadas acima referidas serão ultrapassadas. Embora distantes, estes discursos apresentam, ainda assim, um ponto em comum: a convicção de que os instrumentos de ordenamento do território são pouco efetivos, morosos e confusos e, por isso, com pouco potencial para servir de veículo a uma maior cooperação entre as duas áreas de atuação.

Por fim, a quinta observação diz respeito ao papel que a área da saúde pública pode adotar nesta relação saúde/território. Com efeito, esta é uma área para a qual confluem os discursos dos agentes entrevistados quando se foca a saúde (de um modo geral) e o território, e também para a qual diversas orientações internacionais cada vez mais apontam. No entanto, a visão predominantemente centrada nos cuidados de saúde (por parte de quem atua diretamente no sector da saúde), aliada aos poucos recursos financeiros e reduzidas competências no domínio da saúde por parte das outras instituições, conduz a que a integração de ações orientadas para os determinantes de saúde de uma forma global decorra, em grande medida, do voluntarismo e do empenho das lideranças. Ignorar as diferentes capacidades de cada uma das entidades que podem atuar neste palco, bem como as relações assimétricas existentes, cria um grau de dificuldade acrescido a uma efetiva aposta nesta área.

A afirmação proferida por Aldous Huxley, na sua famosa obra de 1932, *Brave New World*, ilustra bem o retrato aqui apresentado: ““*These,*” *he said gravely, “are unpleasant facts; I know it. But then most historical facts are unpleasant*””. Com efeito, as cinco observações acima efetuadas: i) refletem uma visão que coloca no centro das decisões públicas critérios sectoriais concebidos de uma forma redutora e fragmentada no que respeita à dimensão territorial; ii) mostram que o debate sobre as potencialidades, a conceção e a operacionalização de políticas de saúde levando em consideração a dimensão territorial encontra-se em grande medida por fazer; e iii) ajudam, por isso mesmo, a justificar a investigação efetuada e a metodologia adotada.

A este panorama interessa acrescentar um apontamento de otimismo: apesar da *praxis* observada, a generalidade dos entrevistados reconhece que a adoção da dimensão territorial nos processos de tomada de decisão em saúde na ótica aqui proposta, isto é, tendo por base o princípio de coesão territorial, constitui um importante contributo para tomar decisões mais ponderadas, justas e eficientes (não só na perspetiva da saúde, mas numa ótica mais global). Por isso mesmo, a leitura dos resultados alcançados no trabalho empírico à luz do quadro de referência construído na componente teórica da investigação, discutida no capítulo anterior, fornece pistas enriquecedoras para a adoção do princípio de coesão territorial na formulação de políticas de saúde: não só traz para o debate um conjunto de elementos adicionais que tradicionalmente não são considerados na formulação de políticas de saúde, como expõe a separação que existe entre a *praxis* e o quadro concetual proposto. Mas aqui importa também relembrar a advertência que os próprios entrevistados fizeram para uma efetiva adoção do princípio: é muito difícil *ligar o que está desligado*, isto é, ultrapassar as compartimentações sectoriais, pôr as instituições a falar umas com as outras, misturar conhecimentos e articular capacidades. A metáfora do *Oxigénio e do Hidrogénio*, utilizada por Ferrão (2014), ilustra bem os potenciais ganhos de *ligar o que está desligado*: cada um destes elementos é autónomo e apresenta as suas próprias características, mas quando se juntam nas proporções certas criam a água. Mas esta ligação deverá ser feita, não de forma pontual ou esporádica, mas antes de forma sistemática, em prol de determinados objetivos e de acordo com certos procedimentos.

Importa, por fim, sublinhar que esta investigação não deve ser vista como um processo concluído, mas antes como uma etapa para estudos posteriores. Primeiro, porque o estudo da dimensão territorial das políticas de saúde não se esgota na análise efetuada. Análises complementares, seja recorrendo à mesma metodologia para investigar outros estudos de caso, seja recorrendo a outros modelos qualitativos e/ou quantitativos, permitirão certamente trazer elementos adicionais para o debate. Depois, porque o ponto de partida da investigação não consistiu no domínio estrito da saúde, mas antes no âmbito dos *serviços de interesse geral*. E, por isso, a ideia de *ligar o que está desligado* torna-se bem mais complexa quando estão em causa vários serviços. Com efeito, estudar a saúde como um domínio

dos serviços de interesse geral não permite, automaticamente, retirar ilações generalizadas para todo esse universo. No entanto, as questões conceituais e metodológicas aqui usadas para observar os serviços de saúde constituem uma base útil para uma agenda de investigação futura com questões que poderão ser analisadas para os diferentes serviços. Acresce que a aplicação do referencial de intervenção de políticas públicas construído no âmbito desta investigação, depois de ajustado às características de cada serviço em concreto, permite a realização de estudos comparados dos vários serviços de interesse geral recorrendo a metodologias similares.

Neste contexto, é possível avançar com algumas questões adicionais que podem contribuir para uma agenda de investigação futura sobre *serviços de interesse geral e coesão territorial*:

- a) *De que forma a dimensão territorial, por via do princípio de coesão territorial, é levada em consideração nos outros serviços de interesse geral?* A resposta a esta questão passa pelo desenvolvimento de estudos com recurso a uma metodologia semelhante, o que permite, debaixo do *chapéu* dos serviços de interesse geral, discutir, quer os elementos que convergem e divergem entre cada um dos serviços, quer o próprio papel do Estado nos seus vários níveis e escalas de intervenção no âmbito destes serviços.
- b) *Como promover uma maior articulação institucional e intersectorial no âmbito dos serviços de interesse geral?* Algumas pistas foram já adiantadas no decorrer desta dissertação para o caso da saúde, como, por exemplo, a formação complementar que os atores devem adquirir, o desenvolvimento de manuais/guias de apoio à decisão e implementação de políticas públicas (a exemplo do Reino Unido) ou a necessidade de repensar a organização administrativa do território de forma a uniformizar as áreas de intervenção das entidades públicas (tendo, porém, a noção de que a articulação destas com outras entidades não pode ficar refém das áreas administrativas). Uma investigação que apoie a decisão política neste âmbito requer a existência de informação atualizada sobre o(s) serviço(s) em causa, a avaliação das soluções existentes, a antevisão dos eventuais efeitos das resoluções propostas e o debate com os diversos atores relevantes para ultrapassar as debilidades existentes.
- c) *Quais as implicações territoriais dos processos de racionalização da rede de serviços de interesse geral?* As várias reformas observadas nas últimas décadas, aqui particularizadas para o caso da saúde, têm conduzido a fusões e/ou encerramentos de vários serviços. O mapeamento conjunto das alterações ocorridas nas últimas décadas não se conhece. Embora não seja um exercício fácil¹²⁷, é urgente fazê-lo, de forma a aferir a sua relação com as alterações demográficas e o modelo territorial existente e perceber que espaços territoriais têm sido mais afetados e se as soluções adotadas são as mais justas. Por outro lado, a aplicação de análises de custo-benefício ou

¹²⁷ O exemplo da saúde é paradigmático: a reforma encetada nos CSP, com o surgimento por exemplo das USF, torna difícil o mapeamento das alterações observadas (e.g. encerramento de serviços), na medida em que a informação disponível, por exemplo, no INE diz respeito aos centros e extensões de saúde.

multicritério, que considerem o princípio de coesão territorial, poderia ser incluída neste processo investigativo de forma a apoiar o processo de tomada de decisão política.

- d) *Como operacionalizar os objetivos de política traçados para cada serviço levando em consideração o princípio de coesão territorial?* Esta questão decorre fundamentalmente da dificuldade observada no domínio da saúde em efetuar a transposição das linhas de orientação definidas pelos entrevistados e a sua tradução prática. Importava, agora, construir um modelo de um procedimento/metodologia, confrontar os atores com questões processuais concretas e aferir a sua viabilidade. A par deste modelo, deveria desenvolver-se uma listagem de indicadores a partir dos critérios-base apresentados no quadro concetual desenhado para a saúde. Seria, assim, possível desenvolver-se uma ferramenta de apoio à decisão política com recurso às já mencionadas análises de custo-benefício ou multicritério¹²⁸. Por maioria de razão, estas observações são extensíveis a exercícios similares que venham a ser desenvolvidos no âmbito de outros serviços de interesse geral.
- e) *Qual a perspetiva do lado do ordenamento do território?* Embora nos estudos de caso apresentados a tipologia de atores fosse mais ampla, a investigação efetuada capta essencialmente uma perspetiva da relação políticas de saúde / ordenamento do território: a das entidades que atuam no domínio dos cuidados de saúde. Seria enriquecedor obter a perspetiva do *outro lado da moeda*: qual a presença/ausência de aspetos relativos ao domínio da saúde no âmbito das políticas de base territorial? A título de exemplo, um dos objetivos apontados no PNPOT (2007:44) incide explicitamente no domínio dos cuidados de saúde: *“Desenvolver uma rede nacional de prestação de cuidados de saúde que garanta a universalidade de acesso e racionalize a procura do Serviço Nacional de Saúde (SNS), valorizando os cuidados de saúde primários e a resposta aos grupos mais vulneráveis”*. Uma vez mais, esta perspetiva do lado das políticas de base territorial deverá ser incluída no âmbito de uma investigação mais vasta que inclua outros serviços de interesse geral.

São múltiplas as questões levantadas e muitas outras poderiam ser acrescentadas, sinal evidente de que o tema aqui tratado reclama mais atenção e investigação por parte da academia. Parafraseando Ferrão (2010:137), *“é esse o debate necessário: em torno de questões e não de respostas; em torno (também) das nossas questões, e não exclusivamente de questões que outros (nos) colocam; e tendo por base um esforço colaborativo, e não iniciativas isoladas e iluminadas”*. São questões que podem, seguramente, fazer parte de uma agenda de investigação que o autor gostaria de poder aprofundar a curto e médio prazo.

¹²⁸ O projeto de investigação científica que se encontra a ser desenvolvido por Santana et al (2012), *GeoHealthS (Projecto Geografia do Estado de Saúde – Uma aplicação do Índice de Saúde da População nos últimos 20 anos)*, constitui um bom exemplo das potencialidades que podem advir da investigação que se propõe.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, S (2003) **Políticas e Sistemas de Saúde**. Textos Académicos, Coimbra: Instituto Superior Miguel Torga.
- ACESBV (2013) **Plano de Desempenho**. Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Vouga, ARSC, Aveiro.
- ACSS (2008) **Rede de Referência Hospitalar de Dermatologia**. Lisboa: ACSS.
- ADETEF; Notre Europe; AEIDL (2010) **Cohesion Policy Support for Local Development: Best Practices and Future Policy Options**. Final Report, April 2010, DG REGIO, UE.
- Agha, Z; Schapira, R; Maker, A (2002) **Cost effectiveness of telemedicine for the delivery of outpatient pulmonary care to a rural population**. *Telemedicine Journal and E-Health*, 8(3): 281-91.
- Ahgren, B (2008) **Is it better to be big? The reconfiguration of 21st century hospitals: Responses to a hospital merger in Sweden**. *Health Policy*, 87: 92-99.
- Ahgren, B; Axelsson, R (2011) **A decade of integration and collaboration: the development of integrated health care in Sweden 2000–2010**. *International Journal of Integrated Care*, 11.
- Akbulut, B (2012) **Community-Based Resource Management in Turkey: 'Je Participe, Tu Participes, Il Participe... Ils Profitent'**. *Development and Change*, 43(5): 1133-1158.
- Akerlof, G (1970) **The Market for 'Lemons': Quality Uncertainty and the Market Mechanism**. *Quarterly Journal of Economics*, 84(3): 488-500.
- Albrechts, L (2001) **In Pursuit of New Approaches to Strategic Spatial Planning. A European Perspective**. *International Planning Studies*, 6(3): 293-310.
- Albrechts, L; Alden, J; Rosa Pires, A (eds) (2001) **The changing institutional landscape of Planning**. Aldershot : Ashgate.
- Alish, M (2011) **Social space and the local community**. In Freytag-Leyer, B ; Alisch, M (eds) *Community health information in Europe*, Kassel: Kassel Univ. Press.
- Allain, R; Baudelle, G; Guy, C (eds) (2003) **Le polycentrisme, un projet pour l'Europe**. Rennes: Presses Universitaires de Rennes.
- Allen, P (2009) **Restructuring the NHS again: supply side reform in recent English health care policy**. *Financial Accountability & Management*, 25(4): 373-389.
- Allen, P; Hommel, P (2006) **What are 'third way' governments learning? Health care consumers and quality in England and Germany**. *Health Policy*, 76(2): 202-212.
- Alves, A; Moreira, J (2004) **O que é a Escolha Pública? Para uma análise económica da política**. Cascais: Principia.
- Alves, M (2009) **A formação dos sistemas urbanos**. In Costa, J; Nijkamp, P (eds) *Compêndio de Economia Regional: teoria, temáticas e políticas*, Vol I, Cascais: Principia.
- Amer, S (2007) **Towards spatial justice in urban health services planning: A spatial-analytic GIS-based approach using Dar es Salaam, Tanzania as a case study**. Doctoral thesis, Utrecht University.
- Amin, A (2004) **Regions unbound: Towards a new politics of place**. *Geografiska Annaler*, 86B(1): 33-44.
- Araújo, F (2002) **Introdução à Economia**. Coimbra: Almedina.

- Araújo, J (2000) **O Modelo de Agência Como Instrumento de Reforma da Administração**. *Forum 2000 – Reforma do Estado e Administração Pública Gestonária*, ISCSP, Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa, Julho.
- Araújo, T (2007) **Políticas públicas e promoção do desenvolvimento em bases territoriais. II Fórum Internacional Desenvolvimento Territorial: articulação de políticas públicas e atores sociais**, Salvador, Brasil, Novembro.
- Arneson, R (1988) **Equality and equal opportunity for welfare**. *Philosophical Studies*, 54: 79-95.
- Arnstein, S (1969) **A Ladder of Citizen Participation**. *JAIIP*, 35(4): 216-224.
- ARSC (2012) **Relatório de Atividades**. Administração Regional de Saúde do Centro, Coimbra
- ARSC (2012) **Plano de Ação**. Administração Regional de Saúde do Centro, Coimbra.
- Arrow, K (1963) **Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care**. *American Economic Review*, 53(5): 941-973.
- Asadi-Lari, M; Packham, C; Gray, D (2003) **Need for redefining needs**. *Health Quality Life Outcomes*, 1(34).
- Asher, J (2004) **The Right to Health: A Resource Manual for NGOs**. Commonwealth Medical Trust, AAAS Science and Human Rights Program.
- Atkinson, R (2001) **The emerging 'urban agenda' and the European spatial development perspective: towards an EU urban policy?** *European Planning Studies*, 9(3): 385-406.
- Azevedo, H (2011) **Economias de escala em Centros Hospitalares**. Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de mestre em Gestão da Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa.
- Azevedo, R; Cichowlaz, P (eds) (2002) **Study on the Construction of a Polycentric and Balanced Development Model for the European Territory**. Rennes: DGOTDU, CRPM, DATAR.
- Baker, L; Phibbs, C; Supina, D; Reynolds, J (1999) **Uncertain demand and economies of scale in hospitals**. *Abstr Book Assoc Health Serv Res Meet*, 16(44).
- Bana e Costa, C (2001) **The use of multi-criteria decision analysis to support the search for less conflicting policy options in a multi-actor context: case study**. *Journal of Multi-Criteria Decision Analysis*, 10(2): 111-125.
- Bana e Costa, C; Nunes da Silva, F; Vansnick, J (2001) **Conflict dissolution in the public sector: A case-study**. *European Journal of Operational Research*, 130: 388-401.
- Banco Mundial (2009) **Reshaping Economic Geography**. World Development Report 2009, The World Bank, Washington DC.
- Barbacena, H (2010) **A importância crescente do turismo médico**. *DPP Scanning Docs*, SD07.
- Barca, F (2009) **An Agenda for a Reformed Cohesion Policy: a place-based approach to meeting the European Union challenges and expectations**, Independent Report prepared at the request of Danuta Hübner, Commissioner for Regional Policy.
- Barros, P (2013) **Pela sua Saúde**. Lisboa: FFMS.
- Barros, P (2010) **As parcerias público-privadas na saúde em Portugal**. In Simões, J (ed) *30 anos do Serviço Nacional de Saúde - um percurso comentado*, Coimbra: Almedina.
- Barros, P (2009) **Economia da Saúde - Conceitos e Comportamentos**. Coimbra: Almedina.
- Barros, P; Gomes, J (2002) **Os Sistemas Nacionais de Saúde da União Europeia, Principais Modelos de Gestão Hospitalar e Eficiência no Sistema Hospitalar Português**. GANEC-UNL.
- Barros, P; Machado, S; Simões, J (2011) **Portugal: Health system review**. *Health Systems in Transition*, 13(4): 1-156.
- Barros, C; Menezes, A; Peypoch, N; Solonandrasana, B; Vieira, J (2008) **An analysis of hospital efficiency and productivity growth using the Luenberger indicator**. *Health Care Management Science*, 11(4): 373-381.
- Barton, H; Grant, M (2013) **Urban planning for healthy cities. A review of the progress of the European Healthy Cities Programme**. *Journal of Urban Health*, 90: 129-41.

- Baxter, G (2010) **White paper: Complexity in health care**. LSCITS, The UK National Research and Training Initiative.
- Becattini, G (1989) **From the industrial' sector' to the industrial 'district'**. In Goodman, E.; Bamford, J. (eds) *Small firms and industrial districts in Italy*, London: Routledge.
- Beer, A; Clower, T (2014) **Mobilizing leadership in cities and regions**. *Regional Studies, Regional Science*, 1(1): 5-20.
- Bergson, A (1966) **Essays in normative economics**. Cambridge: Belknap Press of Harvard University Press.
- Bergson, A (1938) **A reformulation of certain aspects of welfare economics**. *Quarterly Journal of Economics*, 52: 233-252 [published under Bergson's former name of Burk].
- Bertrand, N; Peyrache-Gadeau, V (2009) **«Cohésion sociale et cohérence territoriale», quel cadre de réflexions pour l'aménagement et le développement?** *Géographie, Économie, Société*, 11: 85-91.
- Biswas, P; Kabir, Z; Nilsson, J; Zaman, S (2006) **Dynamics of healthcare seeking behaviour of elderly people of rural Bangladesh**. *Int J Ageing Later Life*, 1(1):69-89.
- Blackshaw, N (2012) **Why public health and town planning share an unbreakable bond: despite being intrinsically linked the two disciplines have drifted apart, leading to weak integration between professionals**. Article History, Guardian Professional, 5 January.
- Blair, T (1998) **Leading the Way: a new vision for local government**. London: Institute for Public Policy and Research.
- Böhme, K; Waterhout, B (2008) **The Europeanization of Spatial Planning**. In Faludi, A (ed) *European Spatial Research and Planning*, Cambridge (MA): Lincoln Institute of Land Policy.
- Böhme, K (2006) **Discursive European integration: The case of Nordic spatial planning**. In Doria, L.; Fedeli, V; Tedesco, C (eds) *Rethinking European spatial policy as a hologram*, Aldershot, U.K.: Ashgate.
- Böhme, K (1998) **A Northern View on ESDP**. *North*, 4/5: 31-34.
- Boquinhas, J (2012) **Políticas e Sistemas de Saúde**. Coimbra: Almedina.
- Borzel, T; Risse T (2000) **When Europe Hits Home. Europeanization and Domestic Change**. *European Integration online Papers (EioP)*, 4(15).
- Botka, M et al (2009) **Handbook on Territorial Cohesion – application of territorial approaches in developments supported by the public sector**. NFGM – VATI, Budapest.
- Boureille, B; Commerçon, N; Normand, M (2003) **Impacts territoriaux d'un réseau de soins oncologiques en Rhône-Alpes**. *Géocarrefour*, 78(3): 255-262.
- Bovaird, T (2007) **Beyond engagement and participation – user and community co-production of public services**. *Public Administration Review*, 67(5): 846-860.
- Bovaird, T; Loeffler, E (2003) **Public Management and Governance**. London: Routledge.
- Boyle, S (2011) **United Kingdom (England): Health system review**. *Health Systems in Transition*, 13(1): 1-486.
- Boyne, G; Farrell, C; Law, J; Powell, M; Walker, R (2003) **Evaluating Public Management Reforms: Principles and Practice**. Buckingham: Open University Press.
- Boyne, G; Powell, M; Ashworth, R (2001) **Spatial Equity and Public Services: an empirical analysis of local government finance in England**. *Public Management Review*, 3(1): 19-34.
- Bradshaw, J (1972) **A taxonomy of social need**. In McLachlan G (ed.) *Problems and progress in medical care*, Seventh series NPHT/Open University Press.
- Brand, F; Jax, K (2007) **Focusing the meaning(s) of resilience: resilience as a descriptive concept and a boundary object**. *Ecology and Society*, 12(1): 1-23.
- Brandt, R (1979) **A Theory of the Good and the Right**. Clarendon Press.
- Buchan, H; Gray, M; Hill, A; Coulter, A (1990) **Needs assessment made simple**. *Health Serv J*, 100: 240-241.
- Buchanan, A (2009) **Justice and Health Care: selected essays**. Oxford University Press.

- Bunt, L; Harris, M (2010) **Mass Localism: a way to help small communities solve big social challenges**. Discussion Paper, The Lab, NESTA.
- Burchardt, T.; Craig, G. (2008) **Introduction**. In Craig, G.; Burchardt, T.; Gordon, D. (eds) *Social justice and public policy: Seeking fairness in diverse societies*, Bristol: Policy Press.
- Buunk, W (2003) **Discovering the locus of European integration**. Delft, Netherlands: Eburon.
- Camagni, R (2007) **The rationale for territorial cohesion and the place of territorial development policies in the European Model of Society**. In Faludi (ed) *Territorial Cohesion and the European Model of Society*, Lincoln Institute of Land Policy.
- Camagni, R (2006) **Territorial Impact Assessment (TIA): a methodological proposal**. *Scienze Regionali - Italian Journal of Regional Science*, 2: 135-146.
- Camagni, R. (1991) **Local “Milieu”, Uncertainty and Innovation Networks: Towards a New Dynamic Theory of Economic Space**. In Camagni, R. (ed) *Innovation Networks: Spatial Perspectives*, London, UK and New York, USA: Belhaven Press.
- Camagni, R.; Capello, R (2010) **Macroeconomic and territorial policies for regional competitiveness: an EU perspective**. *Regional Science Policy & Practice*, 2(1): 1-19.
- Camagni, R.; Lenzi, C. (2010) **Multi-criteria analysis in Territorial Impact Assessment: An application of the TEQUILA model to the European transport policies case**. *31st AISRe-ASRDLE Conference on Identity, Quality and Competitiveness: Economic development and cohesion in Alpine Territories*, 20-22 September, Aosta, Italy.
- Campbell, N; Elliott, A; Sharp, I; Ritchie, L; Cassidy, J; Little, J (2001) **Rural and urban differences in stage at diagnosis of colorectal and lung cancers**. *British Journal of Cancer*, 84: 910-914.
- Campos, A (2008) **Reformas da saúde: O fio condutor**. Coimbra: Almedina.
- Campos, A (2001) **Despesa e défice na saúde: o percurso financeiro de uma política pública**. *Análise Social*, XXXVI(161): 1079-1104.
- Campos, A (1986) **Um Serviço Nacional de Saúde em Portugal: Aparência e Realidade**. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 18/19/20: 601-618.
- Campos, A (1983) **Saúde o custo de um valor sem preço**. Lisboa: Editora Portuguesa de Livros Técnicos e Científicos.
- Campos, A; Simões, J (2011) **O percurso da saúde: Portugal na Europa**. Coimbra: Almedina.
- Capps, C; Dranove, D; Lindrooth, R (2010) **Hospital closure and economic efficiency**. *Journal of Health Economics*, 29(1): 87-109.
- Cardoso, G; Espanha, R; Mendes, R; Cameira, E (2007) **Instituições de Saúde e Tecnologias de Informação: Mudança Organizacional e Autonomia**. FCT, CIES/ISCTE, Lisboa.
- Carmichael, L; Barton, H; Gray, S; Lease, H (2013) **Health-integrated planning at the local level in England: impediments and opportunities**. *Land Use Policy*, 31: 259-266.
- Carmo, A; Ferrão, J; Malheiros, J (2013) **Geografias do Estado Social: Reorganização Territorial, Habitação e Urbanismo**. *Congresso Democrático das Alternativas: Resgatar Portugal para um futuro decente*, Fórum Lisboa, 11 de Maio.
- Carmo, R (2008) **Da escala ao território: para uma reflexão crítica do policentrismo**. *Análise Social*, XLIII (4.º): 775-793.
- Carreira, C (1999) **Economias de escala e de gama nos hospitais públicos portugueses: uma aplicação da função de custo variável translog**. *Estudos de Economia*, 19(3): 273-293.
- Carvalho, C (2008) **A Qualidade do Serviço Público: o Caso da Loja do Cidadão**. Tese submetida para obtenção do grau de Doutor em Ciências Empresariais, Faculdade de Economia da Universidade do Porto.
- Carvalho, T (2006) **A Nova Gestão Pública, as reformas no sector da saúde e os profissionais de enfermagem com funções de gestão em Portugal**. Tese submetida para obtenção do grau de Doutor em Ciências Sociais, Universidade de Aveiro.

- Casey, M; Kathleen, T; Klinger, J (2001) **Are Rural Residents Less Likely to Obtain Recommended Preventative Healthcare Services?** *American Journal of Preventative Medicine*, 21(3): 182-188.
- Castro, E; Rodrigues, C; Esteves, C; Rosa Pires, A (2000) **The triple helix model as a motor for the creative use of telematics.** *Research Policy*, 29: 193-203.
- Castro, E; Santinha, G (2013) **State or Market in Tourism: Why Not Something Else? ... Club Goods.** In Costa, C; Panyik, E; Buhalis, D (eds) *Trends in European tourism planning and organization*, Bristol: Channel View Publications.
- Cavaco, C (2009) **Turismo sénior: perfis e práticas.** *COGITUR Journal of Tourism Studies*, 3: 33-64.
- CCDRC (2013) **Plano de Ação Regional – CRER 2020.** Versão de trabalho, Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional do Centro, Coimbra.
- CCDRC (2012) **Um Retrato Social do Centro de Portugal.** Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional do Centro, Coimbra.
- CCDRC (2011) **Plano Regional de Ordenamento do Território do Centro.** Proposta, Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional do Centro, Coimbra.
- CEC (2011) **Territorial Agenda 2020 – Towards an Inclusive, Smart and Sustainable Europe of Diverse Regions.** Agreed at the Informal Ministerial Meeting of Ministers responsible for Spatial Planning and Territorial Development on 19th May 2011, Gödöllő, Hungary.
- CEC (2011b) **A Quality Framework for Services of General Interest in Europe.** COM(2011) 900 final. Brussels: CEC.
- CEC (2010) **Investir no futuro da Europa.** Quinto relatório sobre a coesão económica, social e territorial, Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias.
- CEC (2008) **Regions 2020 - An Assessment of Future Challenges for EU Regions.** Brussels: European Commission.
- CEC (2008) **Livro Verde sobre a Coesão Territorial Europeia – Tirar Partido da Diversidade Territorial.** Comunicação da Comissão ao Conselho, ao Parlamento Europeu, ao Comité das Regiões e ao Comité Económico e Social Europeu, COM(2008) 616 final, Bruxelas.
- CEC (2007) **Os serviços de interesse geral, incluindo os serviços sociais de interesse geral: um novo compromisso europeu.** COM(2007) 725 final, Brussels: CEC.
- CEC (2007b) **Agenda Territorial da União Europeia.** Reunião Informal dos Ministros do Desenvolvimento Urbano e Coesão Territorial, Presidência Alemã da UE, Leipzig, 24 a 25 de Maio de 2007.
- CEC (2007c) **Primeiro Programa de Acção para a Implementação da Agenda Territorial da União Europeia.** Reunião Informal de Ministros do Ordenamento do Território e do Desenvolvimento Regional, Presidência Portuguesa da UE, Ponta Delgada, Açores, 22 a 25 de Novembro 2007.
- CEC (2007d) **Regiões em crescimento, Europa em crescimento.** Quarto relatório sobre a coesão económica e social, Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias.
- CEC (2005) **Trabalhando juntos para o crescimento e o emprego - Um novo começo para a Estratégia de Lisboa.** Comunicação do Presidente Barroso com o acordo do Vice-Presidente Verheugen, Comunicação ao Conselho Europeu da Primavera, de 2 de Fevereiro de 2005, COM (2005) 24.
- CEC (2004a) **Territorial Cohesion Report (Preliminary results of ESPON and EU Commission studies).** DG Regional Policy, Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- CEC (2004b) **Livro Branco sobre os serviços de interesse geral.** Comunicação da Comissão ao Parlamento Europeu, ao Conselho, ao Comité Económico e Social Europeu e ao Comité das Regiões, COM (2004) 374 final, Bruxelas: CEC.
- CEC (2004c) **Building our Common Future: Policy challenges and budget resources in the enlarged Union 2007–2013.** Communication from the Commission to the Council and the European Parliament, COM (2004) 101 final, Brussels: CEC.
- CEC (2004d) **Uma nova parceria para a coesão: convergência competitividade cooperação.** Terceiro relatório sobre a coesão económica e social, Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias.

- CEC (2003) **Livro Verde sobre os serviços de interesse geral**. COM(2003) 270 final, Bruxelas: CEC.
- CEC (2001a) **Services of general interest in Europe**. Communication from the Commission, OJC 17, Brussels.
- CEC (2001b) **Governança Europeia. Um Livro Branco**. COM(2001) 428 final, Bruxelas.
- CEC (2001c) **Unidade da Europa, solidariedade dos povos, diversidade dos territórios**. Segundo relatório sobre a coesão económica e social, Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias.
- CEC (1999) **European Spatial Development Perspective: Towards balanced and sustainable development of the territory of the European Union**. Brussels: European Commission.
- CEC (1999b) **Report on Community Policies and Spatial Planning**. Working Document of the Commission Services. Brussels: European Commission.
- CEMAT (2000) **Guiding principles for sustainable spatial development of the European continent**. European Conference of Ministers responsible for Regional Planning, Council of Europe, Strasbourg.
- CEMAT (1983) **A regional/spatial charter for Europe**. European Conference of Ministers responsible for Regional Planning, Council of Europe, Strasbourg.
- CES (2006) **Os Serviços de Interesse Geral (parte I)**. Parecer de Iniciativa, Conselho Económico e Social, Lisboa.
- Chanta, S.; Mayorga, M.; McLay, L. (2011) **Improving emergency service in rural areas: A bi-objective covering location model for EMS systems**. *Annals of Operations Research*, 3.
- Chevreur, K; Durand-Zaleski, I; Bahrami, S; Hernández-Quevedo, C; Mladovsky, P (2011) **France: Health system review**. *Health Systems in Transition*, 12(6): 1-291.
- Cho, C (1998) **An equity-efficiency trade-off model for the optimum location of medical care facilities**. *Socio-Econ. Plan. Sci.*, 32(2): 99-112.
- Choi, S (2011) **Competing Logics in Hospital Mergers The case of the Karolinska University Hospital**. Doctoral Thesis, Medical Management Centre, Department of Learning, Informatics, Management and Ethics, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden.
- Christianson, J; Wellever, A; Radcliff, T (1998) **Implications for rural health care of linkages with urban health service delivery systems**. *Working Paper Series*, 24, Rural Health Research Center, University of Minnesota.
- Clarke, J (1996) **After social work?** In Parton, N (ed.) *Social Theory, Social Change and Social Work*, London: Routledge.
- Coase, R (1960) **The Problem of Social Cost**. *Journal of Law and Economics*, 3: 1-44.
- Coase, R (1937) **The Nature of the Firm**. *Economica N.S.*, 4: 386-405.
- Cohen, G (2000) **If You're an Egalitarian, How Come You're So Rich?** Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Cohen, G (1989) **On the currency of egalitarian justice**. *Ethics*, 99: 906-44.
- Cohen, L; Manion, L; Morrison, K (2007) **Research methods in education**. London: Routledge.
- Colomb, C.; Santinha, G. (2014) **European Union Competition Policy and the European Territorial Cohesion Agenda: An Impossible Reconciliation? State Aid Rules and Public Service Liberalization through the European Spatial Planning Lens**. *European Planning Studies*, 22(3): 459-480.
- Com-Ruelle, L; Zeynep Or, Z; Renaud, T (2008) **The volume-outcome relationship in hospitals: Lessons from the literature**. *Issues in health economics*, 135.
- Commons, J (1932) **The Problem of Correlating Law, Economics, and Ethics**. *Wisconsin Law Review*, 8: 3-26.
- CoR – Committee of the Regions (2005) **Opinion of the Committee of the Regions of 23 February 2005 on the white paper on services of general interest**. ECOS/040 – CdR 327/2004 final, 15 March.
- Corbett, S; Walker, A (2012) **The Big Society: A Critical Perspective**. *EASP/SPA Annual Conference*, University of York, 17th July.

- Corburn, J (2005) **Urban planning and health disparities: implications for research and practice.** *Planning Practice and Research*, 20(2): 111-126.
- CoSLA; Scottish Government; NHS Scotland (2011) **Reshaping care for older people: A programme for change 2011-2021.** Edinburgh: Scottish Government.
- Costa, J (2009) **As infra-estruturas coletivas e o desenvolvimento regional.** In Costa e Nijkamp (eds) *Compêndio de Economia Regional: teoria, temáticas e políticas*, Vol I, Cascais: Princípiã.
- Cotella, G; Janin-Rivolin, U (2010) **Institutions, discourse and practices: Towards a multidimensional understanding of EU territorial governance.** *24th AESOP Annual Conference*, Finland, 7-10 July.
- Cowing, T; Holtman, A; Powers, S (1983) **Hospital cost analysis: a survey and evaluation of recent studies.** *Advances in Health Economics and Health Services Research*, 4: 257-303.
- Craig, G; Burchardt, T; Gordon, D (2008) **Social justice and public policy: Seeking fairness in diverse societies,** Bristol: Policy Press.
- Crawford, J; Barton, H; Chapman, T; Higgins, M; Capon, A; Thompson, S (2010) **Health at the Heart of Spatial Planning Strengthening the Roots of Planning Health and the Urban Planner Health Inequalities and Place Planning for the Health of People and Planet: An Australian Perspective.** *Planning Theory & Practice*, 11(1): 91-113.
- Cromley, E; Shannon, G (1986) **Locating ambulatory medical care facilities for the elderly.** *Health Services Research*, 21: 499-514.
- Culyer, A (1998) **Need - is a consensus possible?** *J Med Ethics*, 24: 77-80.
- Curtis, S; Riva, M (2009a) **Health geographies I: complexity theory and human health.** *Progress in Human Geography*, 34(2): 215-223.
- Curtis, S; Riva, M (2009b) **Health geographies II: complexity and health care systems and policy.** *Progress in Human Geography*, 34(4): 513-520.
- Cutler, D; Miller, G (2005) **The Role of Public Health Improvements in Health Advances: The Twentieth-Century United States.** *Demography*, 42(1): 1-22.
- Dabinet, G (2011) **Promoting Territorial Cohesion and Understandings of Spatial Justice.** *DG Regio, Regional Studies and Slovenia Government Office for Local Self-Government and Regional Policy Conference: What future for Cohesion Policy? An academic and policy debate*, Slovenia, 16-18 March.
- Daniels, N (2008) **Just Health: Meeting Health Needs Fairly.** Cambridge: Cambridge University Press.
- Davies, B (1968) **Social Needs and Resources in Local Services.** London: Michael Joseph.
- Davies, J (2013) **Le paradoxe de la 'Big Society' au Royaume-Uni: mutation et continuité de l'action public.** *NOTE n° 2 (VUE D'EUROPE)*, Fondation Jean-Jaurès/Observatoire de l'action publique, 24 mai.
- Davoudi, S (2009) **Territorial Cohesion, European Social Model and Transnational Cooperation.** In Knieling, J and Othengrafen, F (eds) *Planning Cultures in Europe: Decoding Cultural Phenomena in Urban and Regional Planning*, Aldershot: Ashgate, 269-279.
- Davoudi, S (2005) **Understanding Territorial Cohesion.** *Planning Practice and Research*, 20(4): 433-441.
- Davoudi, S; Evans, N; Governa, F; Santangelo, M. (2008) **Territorial governance in the making. Approaches, methodologies, practices.** *Boletín de la Asociación de Geógrafos Españoles*, 46: 351-355.
- Davoudi, S.; Strange, I. (2009) **Conceptions of Space and Place in Strategic Spatial Planning.** London: Routledge.
- DCLG (2009) **Multi-criteria analysis manual for making government policy.** UK: Department for Communities and Local Government.
- Deem, R; Brehony, K (2005) **Management as ideology: the case of 'new managerialism' in higher education.** *Oxford Review of Education*, 31(2): 217-235
- DeLeon, L; Denhardt, R (2000) **The political theory of reinvention.** *Public Administration Review*, 60: 89-97.
- Deem, R; Hillyard, S; Reed, M (2007) **Knowledge, higher education, and the new managerialism: the changing management of UK Universities.** Oxford: Oxford University Press.

- Delgado, A (2009) **Serviços e desenvolvimento regional**. In Costa, J; Nijkamp, P (eds) *Compêndio de Economia Regional: teoria, temáticas e políticas*, Vol I, Cascais: Princípio.
- Denhardt, J; Denhardt, R (2007) **The New Public Service: serving, not steering**. Expanded Edition. New York: Sharpe.
- Denhardt, R; Denhardt, J (2000) **The new public service: serving rather than steering**. *Public Administration Review*, 60: 549-559.
- Department of Health (2010) **Equity and excellence: Liberating the NHS**. London: The Stationery Office.
- Department of Health (2006) **Our health, our care, our say: A new direction for community services**. London: The Stationery Office.
- DGOTDU (2002) **Normas para a Programação e Caracterização de Equipamentos Colectivos**. Lisboa: Direcção-Geral do Ordenamento do Território e Desenvolvimento Urbano.
- DGS (2001) **Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência**. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- Dieleman, M; Shaw, D; Zwanikken, P (2011) **Improving the implementation of health workforce policies through governance: a review of case studies**. *Human Resources for Health*, 9(10): 1-10.
- Dikeç, M (2001) **Justice and the spatial imagination**. *Environment and Planning A*, 33(10): 1785-1805.
- Dixit, A (2009) **Governance, Institutions and Economic Activity**. *American Economic Review*, 99(1): 5-24.
- Dobes, L; Bennett, J (2009) **Multi-Criteria Analysis: “Good Enough” for Government Work?** *Agenda: A Journal of Policy Analysis and Reform*, 16(3): 7-30.
- Dodgson, R; Lee, K; Drager, N (2002) **Global Health Governance: a conceptual review**. *Discussion Paper n°1*, Centre on Global Change and Health – London School of Hygiene & Tropical Medicine, Department of Health and Environment – World Health Organization.
- Doty, B; Heneghan, S; Zuckerman, R (2007) **Starting a General Surgery Program at a Small Rural Critical Access Hospital: A Case Study From Southeastern Oregon**. *The Journal of Rural Health*, 23(4): 306-313.
- DPP (2006) **Portugal: Clusters, Centros de Excelência e Potencial de Inovação nas Regiões Exportadoras**. *Prospecção e Planeamento*, 13: 171-229.
- Dranove, D (1998) **Economies of scale in non-revenue producing cost centers: Implications for hospital mergers**. *Journal of Health Economics*, 17(1): 69-83.
- Drèze, J; Stern, N (1994) **Shadow prices and markets: policy reform, shadow prices and market prices**. In Layard, R.; Glaister, S. (eds) *Cost-benefit analysis*, Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Dudley, A; Johansen, K; Brand, R; Rennie, D; Milstein, A (2000) **Selective Referral to High-Volume Hospitals: Estimating Potentially Avoidable Deaths**. *JAMA*, 283(9): 1159-1166.
- Dühr, S; Stead, D; Zonneveld, W (2007) **The Europeanization of Spatial Planning Through Territorial Cooperation**. *Planning Practice and Research*, 22(3): 291-471.
- Dumas, A (2010) **Health literacy: the European perspective**. *Saúde em rede – think tank conference, Edição 2010 – O cidadão e o Sistema de Saúde*, Lisboa, Março.
- Dunleavy, P; Margetts, H; Bastow, S; Tinkler, J (2005) **New Public Management Is Dead: Long Live Digital-Era Governance**. *Discussion Paper Series n° 004*, Public Policy & Services, EDS Innovation Research Programme.
- Dunn, W; Miller, D (2007) **A Critique of the New Public Management and the Neo-Weberian State: Advancing a Critical Theory of Administrative Reform**. *Public Organiz Rev*, 7: 345-358.
- Eggertson, T (1990) **Economic behavior and institutions**. UK: Cambridge University Press.
- Eisenhardt, K (1989) **Agency theory: an assessment and review**. *Academy of Management Review*, 14(1): 57-74.
- Elcoat C (2000) **Clinical governance in action. Part 1: Key issues in clinical effectiveness**. *Professional Nurse*, 15(10): 622-623.
- ENDS (2008) **Estratégia Nacional de Desenvolvimento Sustentável ENDS 2015**. Lisboa: Agência Portuguesa do Ambiente.

- EP – European Parliament (2007) **Regional Disparities and Cohesion: what strategies for the future**. Policy Department Structural and Cohesion Policies, Directorate-General for Internal Policies of the Union, European Parliament, Brussels.
- EP – European Parliament (2005) **European Parliament resolution on the role of territorial cohesion in regional development**. 2004/2256(INI), A6-0251/2005, Strasbourg, 28 September.
- Eser, T (2009) **From Disparities to Diversity – Territorial Cohesion in the European Union**. In Kilper, H (ed) *New Disparities in Spatial Development in Europe: German Annual of Spatial Research and Policy*, Berlin: Springer.
- Espanha, R (2013) **Informação e Saúde**. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- ESPON (2013) **INTERCO – Indicators of Territorial Cohesion**. Scientific Platform and Tools Project 2013/3/2, Luxembourg: ESPON.
- ESPON (2007) **Application and effects of the ESDP in the Member States**. ESPON Project 2.3.1, Luxembourg: ESPON.
- ESPON (2007b) **Study on Urban Functions**. ESPON Project 1.4.3, Luxembourg: ESPON.
- ESPON (2006) **Territory Matters for Competitiveness and Cohesion**. ESPON Synthesis Report III, Luxembourg: ESPON.
- ESPON (2005) **Urban areas as nodes in a polycentric development**. ESPON Project 1.1.1, Luxembourg: ESPON.
- ESPON (2004) **Urban-rural relations in Europe**. ESPON Project 1.1.2, Luxembourg: ESPON.
- Evers, D; Tennekes, J; Borsboom, J; Heiligenberg, H; Thissen, M (2009) **A Territorial Impact Assessment of Territorial Cohesion for the Netherlands**. The Hague/Bilthoven: Netherlands Environmental Assessment Agency.
- Fadul, E (1999) **Reforma do Estado e serviços públicos: Transformação de um modelo ou adaptação a uma nova ordem social?** *Revista de Administração, São Paulo*, 34(1): 70-78.
- Fainstein, S (2010) **The Just City**. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Faludi, A (2010a) **Territorial Cohesion post-2013: to whomsoever it may concern**. *24th AESOP Annual Conference*, Finland, 7-10 July.
- Faludi, A (2010b) **Evolution and Future of EU Territorial Cohesion Policy**. *Encontro Annual 2010*, Ad Urbem, Porto, Portugal, 26-27 Nov.
- Faludi, A (2009) **Territorial Cohesion under the Looking Glass: Synthesis paper about the history of the concept and policy background to territorial cohesion**. European Commission - Regional Policy – Inforegio.
- Faludi, A (2008) **O Livro Verde visto de diferentes ângulos: selecção de entrevistas**. *Panorama*, 28, [Inforegio].
- Faludi, A (ed) (2007) **Territorial cohesion and the European model of society**. Cambridge, MA: Lincoln Institute of Land Policy.
- Faludi, A (2006) **The European Spatial Development Perspective: Shaping the Agenda**. *European Journal of Spatial Development*, 21.
- Faludi, A (ed.) (2005) **Territorial Cohesion. Special issue**. *Town Planning Review*, 76(1): 1-118.
- Faludi, A (2005a) **Territorial Cohesion: an unidentified political objective? Introduction to the special issue**. *Town Planning Review*, 76(1): 1-13.
- Faludi, A (2005b) **Territorial cohesion policy and the European model of society**. *Congress of the Association of European Schools of Planning, The Dream of a Greater Europe*, Vienna, 13-17 July.
- Faludi, A (2001): **The Application of the European Spatial Development Perspective: Evidence from the North-West Metropolitan Area**. *European Planning Studies* 9(5): 663-675.
- Faludi, A; Waterhout, B (2005) **The usual suspects suspects: The Rotterdam informal ministerial meeting on territorial cohesion**. *Tijdschrift voor Economische en Sociale Geografie*, 96(3): 338-342.

- Feio, P; Chorincas, J (2009) **Governança Territorial e Inovação das Políticas Públicas.** *Prospectiva e Planeamento*, 16: 137-157.
- Ferlie, E; Ashburner, I; Fitzgerald, L; Pettigrew, A (1996) **The New Public Management in action.** Oxford: Oxford University Press.
- Fernandes, A; Lima, R (2006) **Cluster de serviços: contribuições conceituais com base em evidências do pólo médico do Recife.** *Nova Economia*, 16(1): 11-47.
- Fernandes, J; Barros, P (2012) **Um ano depois da Troika na Política de Saúde.** Cascais: Príncipeia.
- Ferrão, J (2014) **A Inovação no Desenvolvimento Territorial Sustentável.** *Conferências de Aljustrel: Cidadania, Inovação e Território*, Aljustrel, 4 e 5 de Arel.
- Ferrão, J (2010a) **As Condições Sociais de Funcionamento da Política Pública de Ordenamento do Território.** Programa de Investigação, provas de habilitação para o exercício de funções de coordenação científica, ICS-UL.
- Ferrão, J (2010b) **Governança e Ordenamento do Território. Reflexões para uma governança territorial eficiente, justa e democrática.** *Prospectiva e Planeamento*, 17: 129-139.
- Ferrão, J (2004) **A emergência de estratégias transnacionais de ordenamento do território na União Europeia: reimaginar o espaço europeu para criar novas formas de governança territorial?** *Eure*, XXX (89), 43-61.
- Ferrão, J (2003) **Para uma Nova Relação entre Território, Competitividade e Acção Pública. A Democracia Económica como Fonte de Criação de Valor.** In Grupo Parlamentar do Partido Socialista (Eds.) *Novas Políticas para a Competitividade*, 123-135, Oeiras: Celta Editora.
- Ferrão, J. (2002) **Policentrismo e Coesão Territorial: Um Novo Papel para as Regiões?** *Revista Europa - Novas Fronteiras*, 12, 31-35.
- Ferrão, J (1998) **Reconstruir o Interior Destruindo a Interioridade: para uma Estratégia Activa de Inclusão de Actores.** In Presidência da República (eds.), *Perspectivas de Desenvolvimento do Interior*, Lisboa: Presidência da República e Imprensa Nacional Casa da Moeda.
- Ferrão, J (1997) **Rede Urbana, instrumento de equidade, coesão e desenvolvimento?** *Colóquio A Política das Cidades*, Conselho Económico e Social, Lisboa.
- Ferreira, A (2003) **Nova lei de gestão hospitalar: de que modelo de regulação precisamos?** *8.º Encontro Nacional de Economia da Saúde*, 24 de Outubro, Lisboa.
- Ferreira, A; Escoval, A; Lourenço, A; Matos, T; Ribeiro, R (2010) **A contratualização de cuidados de saúde.** In Simões, J (ed) *30 anos do Serviço Nacional de Saúde - um percurso comentado*, Coimbra: Almedina.
- Figueira, J; Greco, S; Ehr Gott, M (2005) **Multiple Criteria Decision Analysis: State of the Art Surveys.** New York: Springer.
- Figueras, J; MacKee, M; Cain, J; Lessof, S (2004) **Health systems in transition: learning from experience.** European Observatory on Health Systems and Policies.
- Figueras, J; McKee, M; Lessof, L; Duran, A; Menabde, N (2008) **Health systems, health and wealth: assessing the case for investing in health systems.** Background document for the Tallinn Conference, WHO EURO.
- Figueras, J, Saltman, R, & Sakellarides, C (1998) **Introduction.** In Saltman, R; Figueras, J; Sakellarides, C (eds) *Critical challenges for health care reform in Europe*, Philadelphia: Open University Press.
- Filipe, C; Rocha, M; Magalhães, T; Neves, T (2004) **Processo de Governação e Governança.** XXXIII CEAH, Escola Nacional de Saúde Pública, Março.
- Fleurbaey, M; Maniquet, F (2011) **A theory of fairness and social welfare.** Cambridge: Cambridge University Press.
- Fleuret, S (2003) **Recomposition du paysage sanitaire : quand les exigences territoriales rejoignent les enjeux de santé.** *Géocarrefour*, 78(3): 239-245.
- Flyvbjerg, B (2006) **Five Misunderstandings About Case-Study Research.** *Qualitative Inquiry*, 12(2): 219-245.

- Forester, J (1989) **Planning in the Face of Power**. Berkeley: University of California Press.
- Forester, J (1999) **The Deliberative Practitioner: Encouraging Participatory Planning Processes**. London: MIT Press.
- Frederickson, H (1996) **Comparing the Reinventing Government Movement with the New Public Administration**. *Public Administration Review*, 56(3): 263-270.
- Friedman, M; Friedman, R (1980) **Free to Choose**. Harmondsworth: Penguin.
- Fries, J; Koop, C; Beadle, C; Cooper, P; England, M; Greaves, R; Sokolov, J; Wright, D (1993) **Reducing health care costs by reducing the need and demand for medical services**. The Health Project Consortium. *The New England Journal of Medicine*. 329(5): 321-5.
- Frisina, D; Götze, R (2011) **Health Care Policy for Better or for Worse? Examining NHS Reforms During Times of Economic Crisis versus Relative Stability**. *Social Policy & Administration*, 45(4): 488-505.
- Fuchs, V (1974) **Who Shall Live? Health Economics and Social Choice**. New York: Basic Books.
- Galvao, R; Acosta, E; Boffey, B; Yates, D (2006) **Load balancing and capacity constraints in a hierarchical location model**. *European Journal of Operational Research*, 172(2): 631-646.
- Garcia, F (1988) **Apresentação**. Pareto, V (ed) *Manual de Economia Política*, Vol. II, São Paulo: Editora Nova Cultural.
- Garcia-Lacalle, J; Martin, E (2010) **Rural vs urban hospital performance in a 'competitive' public health service**. *Social Science & Medicine*, 71(6): 1131-1140.
- Gaynor, M; Vogt, W (2000) **Antitrust and Competition in Health Care Markets**. In Culyer; Newhouse (eds) *Handbook of Health Economics*, North-Holland, UK.
- Geddes, I; Allen, J; Allen, M; Morrissey, L (2011) **The Marmot Review: implications for Spatial Planning**. London: The Marmot Review Team, NICE.
- Geronimus, A (2000) **To mitigate, resist, or undo: addressing structural influences on the health of urban populations**. *Am J Public Health*, 90(6): 867-872.
- Gesler, W (2003) **Healing Places**. UK: Rowman & Littlefield Publishers.
- Gesler, W (1992) **Therapeutic landscapes: medical issues in light of the new cultural geography**. *Social Science and Medicine*, 34: 735-746.
- Giddens, A (1998) **The third way: The renewal of social democracy**. Malden, Mass: Polity Press.
- Giddens, A (1994) **Beyond left and right: The future of radical politics**. Stanford, Calif: Stanford University Press.
- Giddens, A (1984) **The Constitution of Society: Outline of the Theory of Structuration**. Berkeley: University of California Press.
- Given, R (1996) **Economies of scale and scope as an explanation of merger and output diversification activities in the health maintenance organization industry**. *Journal of Health Economics*, 15: 685-713.
- Goddard, M; Smith, P (2001) **Equity of access to health care services: Theory and evidence from the UK**. *Social Science & Medicine*, 53(9): 1149-1162.
- Gold, M (1998) **Beyond coverage and supply: measuring access to healthcare in today's market**. *Health Services Research*, 33(3): 625-52.
- Golledge, R; Stimson, R (1987) **Analytical Behavioral Geography**. London: Croom Helm.
- Gonçalves, R; Barros, P (2009) **Economies of scale and scope in the provision of diagnostic techniques and therapeutic services in Portuguese hospitals**. *FE: EG - Working Papers*, Universidade Nova.
- Gonçalves, S; Miranda, A (2010) **Análise Especializada: Ordenamento do Território e Saúde**. Estudo realizado para o PNS 2011-2016 em parceria com o Alto Comissariado da Saúde.
- Goodman, D; Fisher, E; Stukel, T; Chang, C (1997) **The distance to community medical care and the likelihood of hospitalization: is closer always better?** *American Journal of Public Health*, 87(7): 1144-50.

- Gorsky, M (2008) **The British National Health Service 1948-2008: A Review of the Historiography.** *Social History of Medicine*, 21(3): 437-460.
- Grasland, C; Hamez, G (2005) **Vers la construction d'un indicateur de cohésion territoriale européen?** *Espace Géographique*, 34(2): 97-116.
- Groff, J; Lien, D; Su, J (2007) **Measuring efficiency gains from hospital mergers.** *Research in Health care Financial Management*, 11(1): 77-90.
- Groth, N; Smidt-Jensen, S; Nielsen, T (2011) **Polycentricity: An Issue in Local Development Strategies? Findings from the Baltic Sea Region.** *European Planning Studies*, 19(5): 727-751.
- Gubb, J; Meller-Herbert, O (2009) **Markets in health care: the theory behind the policy.** London: Civitas.
- Giddens, A (1984) **The constitution of society: Outline of the theory of structuration.** Cambridge: Polity.
- Habermas, J (1984) **The Theory of Communicative Action. Volume 1: Reason and Rationalisation of Society,** Cambridge: Polity Press.
- Hague, C; Kirk, K (2003) **Polycentricity Scoping Study.** London: Office of the Deputy Prime Minister.
- Hall, M (2003) **Spa and Health Tourism.** In Hudson (ed) *Sport and Adventure Tourism*, New York: The Haworth Press.
- Hall, P (1980) **Urban and regional planning.** Harmondsworth: Penguin Books.
- Hall, P; Pain, K (2006) **The Polycentric metropolis: Mega-City-Regions in the European Space of Flows.** London: Earthscan.
- Halm, E; Lee, C; Chassin, M (2002) **Is Volume Related to Outcome in Health Care? A Systematic Review and Methodologic Critique of the Literature.** *Annals of Internal Medicine*, 137(6): 511-520.
- Ham, C (1999) **The third way in health care reform: does the emperor have any clothes?** *Journal of Health Services Research & Policy*, 4(3): 168-73.
- Hamdouch, A; Depret, M; Tanguy, C (2011) **Globalisation and Territorial Resilience: A Suggested Approach and Preliminary Insights from 3 Case Studies.** *RSA Annual International Conference*, Newcastle-upon-Tyne, UK, 17-20 April.
- Hardin, G (1968) **The Tragedy of the Commons.** *Science* 13(162): 1243-1248.
- Harker, L; Oppenheim, C (2010) **Social justice must remain central to state policy: the argument for placing social justice at the heart of government policy has been won, but now must be led by values rather than 'what works'.** *The Guardian*, 8 June.
- Harris, J (1999) **State social work and social citizenship in Britain: From clientelism to consumerism.** *British Journal of Social Work*, 29(6): 915-37.
- Harris, J; Ozgen, H; Ozcan, Y (2000) **Do mergers enhance the performance of hospital efficiency?** *Journal of the Operation Research Society*, 51(7): 801-811.
- Harris, N; Hooper, A (2004) **Rediscovering the "spatial" in public policy and planning: an examination of the spatial content of sectoral policy documents.** *Planning Theory & Practice*, 5(2): 147-169.
- Hart, H (1973) **Rawls on Liberty and Its Priority.** *The University of Chicago Law Review*, 40(3): 534-555.
- Hart, J (1971) **The inverse care law.** *Lancet*, 1: 405-12.
- Hart, L; Pirani, M; Rosenblatt, R (1991) **Causes and Consequences of Rural Small Hospital Closures from the Perspectives of Mayors.** *The Journal of Rural Health*, 7(3): 222-245.
- Harvey, D (1996) **Justice, nature and the geography of difference.** Malden, MA: Blackwell.
- Harvey, D (1973) **Social Justice and the City.** London: Edward Arnold.
- Hay, A (1995) **Concepts of Equity, Fairness and Justice in Geographical Studies.** *Transactions of the Institute of British Geographers*, 20(4): 500-508.
- Healey, P (2006a) **Collaborative Planning: Shaping Places in Fragmented Societies.** London: Macmillan.

- Healey, P (2006b) **Transforming governance: Challenges of institutional adaptation and a new politics of space.** *European Planning Studies*, 14(3): 299- 320.
- Healey P (2003) **Collaborative planning in perspective.** *Planning theory*, 2(2): 101-123.
- Healey, P (1998) **Building Institutional Capacity through Collaborative Approaches to Urban Planning.** *Environment and Planning A*, 30: 1531-1546.
- Healey, P (1992) **Planning through debate: the communicative turn in planning theory.** *Town Planning Review*, 63, 142-162.
- HealthCapital (2007) **HealthCapital Berlin-Brandenburg.** Berlin: Europrint medien.
- Heath, C; Heath, D (2010) **Making the emotional case for change: An interview with Chip Heath.** *McKinsey Quarterly*, March.
- Henderson, J.; Kelly, T.; Taylor, B. (2000) **The impact of agglomeration economies on estimated demand thresholds: an extension of Wensley and Stabler.** *Journal of Regional Science*, 40: 719-733.
- Henderson, J; Taylor, B (2003) **Rural isolation and the availability of hospital services.** *Journal of Rural Studies*, 19(3): 363-372.
- Hensher, M; Edwards, N; Stokes, R. (1999) **International trends in the provision and utilisation of hospital care.** *BMJ*, 319, 845–8.
- Hoadley, J (1981) **The rise and fall of the basic needs approach.** *Cooperation Conflict*, 16: 149-164
- Holland, S (2007) **Public Health Ethics.** Cambridge: Polity Press.
- Hollingsworth, B; Dawson, P; Maniadakis, N (1999) **Efficiency measurement of health care: a review of non-parametric methods and applications.** *Health Care Manag Sci*, 2(3): 161-72.
- Holmes, G; Slifkin, R; Randolph, R; Poley, S (2006) **The Effect of Rural Hospital Closures on Community Economic Health.** *Health Services Research*, 41(2), 467-485.
- Hood, C (1991) **A public management for all seasons?** *Public Administration*. 69(1): 3-19.
- Howse, K (2012) **Editorial: Health Inequalities and Social Justice.** *Population Ageing*, 5: 1-5.
- Hsiao, W (1995) **Abnormal economics in the health sector.** *Health Policy*, 32: 125-139.
- Hübner, D (2008) **Cohesion policy and the Lisbon Agenda. 2008-2010 and beyond: Lisbon Strategy and Cohesion Policy - European Regions facing future challenges**, Bologna, 4 July.
- Hughes, O (2003) **Public management and administration: An Introduction.** New York: Palgrave Macmillan.
- Humphreys, P (1998) **Improving Public Service Delivery.** *CPMR Discussion Paper No. 7*, Dublin: Institute of Public Administration.
- Ingram, D; Clarke, D; Murdie, R (1978) **Distance and the decision to visit an accident and emergency department.** *Social Science and Medicine*, 12: 55-62.
- Innes, J (1995) **Planning Theory's Emerging Paradigm: Communicative Action and Interactive Practice.** *Journal of Planning Education and Research*, 14(4): 183-9.
- Ionica, D (2007) **The territorial dimension of the Cohesion Policy.** *Romanian Economic Journal*, 10:25BIS: 231-249.
- Jacobs, K (2013) **The 'Politics' of the Big Society and Localism.** *1st seminar ESRC Big Society, Localism and Housing Series*, Sheffield University, 7th March.
- Jacobs, R; Smith, P; Street, A (2006) **Measuring Efficiency in Health Care: Analytic Techniques and Health Policy.** Cambridge: Cambridge University Press.
- James, A (1999) **Closing rural hospitals in Saskatchewan: on the road to wellness?** *Social Science and Medicine*, 49: 1021-1034.
- James, J; Eyles, J (1999) **Perceiving and representing both health and the environment: An exploratory investigation.** *Qualitative Health Research*, 9(1): 86-104.

- Janin Rivolin, U (2010) **EU territorial governance: learning from institutional progress.** *European Journal of Spatial Development*, Refereed article, April.
- Janin-Rivolin, U; Faludi, A (2005) **Special issue Southern Perspectives on European Spatial Planning.** *European Planning Studies*, 13(2): 195-332.
- Jensen, M; Meckling, W (1976) **Theory of the firm: Managerial behavior, agency costs, and ownership structure.** *Journal of Financial Economics*, 3: 305-360.
- Jóhannesson, G; Bærenholdt, J (2008) **Enacting places through the connections of tourism.** In Bærenholdt; Granas (eds) *Mobility and Place*, Ashgate Publishing: England.
- Jóhannesson, M (1996) **Theory and methods of economic evaluation of health care.** Dordrecht: Kluwer.
- Johansson, P (1991) **An Introduction to Modern Welfare Economics.** Cambridge: Cambridge University Press.
- Jones, K; Moon, G (1993) **Health, Disease and Society: An Introduction to Medical Geography.** London: Routledge and Kegan Paul.
- Jones, P; Hillier, D; Comfort, D (2009) **Primary health care centers in the UK: putting policy into practice.** *Property Management*, 27(2): 109-118.
- Jones, S (1985) **Depth Interviewing.** In Walker, R (ed) *Applied Qualitative Research*, Aldershot, UK: Gower.
- Joseph, A; Hallman, B (1998) **Over the hill and far away: distance as a barrier to the provision of assistance to elderly relatives.** *Social Science and Medicine*, 46.
- Joseph, A; Phillips, D (1984) **Accessibility and Utilization: Geographical Perspectives on Health Care Delivery.** New York: Harper and Row.
- Jouen, M (2008) **Territorial cohesion from theory to practice.** Paris: Notre Europe.
- Kalipeni, E (1993) **Demographic and spatial aspects of the health care delivery system in Malawi.** *Middle States Geographer*, 26: 48-57.
- Katz, M; Shapiro, C (1985) **Network externalities, competition and compatibility.** *American Economic Review*, 75(3).
- Kaufman, D; Kraay, A; Mastruzzi, M (2005) **Measuring governance using cross-country perceptions data.** The World Bank.
- Kaul, I; Mendoza, R (2003) **Advancing the Concept of Public Goods.** In Kaul, I; Grunberg, I; Stern, M (eds.) *Global Public Goods: International Cooperation in the 21st Century.* New York: Oxford University Press.
- Kawka, R (2009) **Growth and Innovation through Urban-Rural Partnership.** In Strubelt, W (ed) *Guiding Principles for Spatial Development in Germany: German Annual of Spatial Research and Policy*, Berlin: Springer.
- Keay, D (1987) **Margaret Thatcher: Interview for Woman's Own ("no such thing as society").** *Woman's Own*, Sep 23.
- Kearns, R (1991) **The place of health in the health of place.** *Social Science and Medicine*, 33: 519-530.
- Kelly, M; Morgan, A; Bonnefoy, J; Butt, J; Bergman, V (2007) **The social determinants of health: developing an evidence base for political action.** Final report of the measurement and evidence knowledge network of the Commission on Social Determinants of Health, World Health Organization, Geneva.
- Keven, W (1999) **More Questions Than Answers: The Commodification of Health Care.** *Journal of Medicine and Philosophy*, 24(3): 307-311.
- Key, V (1940) **The lack of a budget theory.** *American Political Science Review*, 34(6): 1137-1144.
- Khan, M; Ali, D; Ferdousy, Z; Al-Mamun, A (2001) **A cost-minimization approach to planning the geographical distribution of health facilities.** *Health Policy and Planning*, 16(3): 264-272.
- Kickbusch, I (2010) **Health in All Policies: the evolution of the concept of horizontal health governance.** In Kickbusch, I; Buckett, K (eds) *Implementing Health in All Policies: Adelaide 2010*, Australia: Department of Health, Government of South Australia.

- Kidd, S (2007) **Towards a Framework of Integration in Spatial Planning: An Exploration from a Health Perspective.** *Planning Theory & Practice*, 8(2): 161-181.
- Kim, D; Kim, C; Shin, H (2012) **Equitable Access to Health Care for the Elderly in South Korea: Is Income-Related Inequality in Health Care Utilization More Pronounced?** *Research on Aging*, 34(4): 475-496.
- Kippin, H; Lucas, B (2011) **From big society to social productivity.** London: RSA.
- Kirigia, J; Kirigia, D (2011) **The essence of governance in health development.** *International Archives of Medicine*, 4(11).
- Kittelsen, S; Magnussen, J (2003) **Economies of scope in Norwegian hospital production - a DEA analysis.** Oslo: University of Oslo.
- Knieling, J; Othengrafen, F (2009) **Planning Cultures in Europe – Decoding Cultural Phenomena in Urban and Regional Planning.** Farnham: Ashgate.
- Knox, P; Pinch, S (2000) **Urban Social Geography.** Harlow: Pearson Educational.
- Koivusalo, M (1999) **Decentralisation and equity of healthcare provision in Finland.** *BMJ*, 318(7192): 1198-1200.
- Kooiman, J; Van Vliet, M (1993) **Governance and public management.** In Eliassen, K.; Kooiman, J. (eds), *Managing Public Organizations*, London: Sage.
- Krsikova, E (2007) **Public Social Services and the European Social Model.** *First European Forum on Social Services of General Interest*, Lisboa, 17 de Setembro.
- Kristensen, T.; Olsen, K.; Kilsmark, J.; Pedersen, K. (2008) **Economies of scale and optimal size of hospitals_Empirical results for Danish public hospitals.** *Health Economics Papers*, 13, University of Southern Denmark.
- Kukathas, C; Pettit, P (2005) **Rawls: "Uma teoria da justiça" e os seus críticos.** Lisboa: Gradiva.
- Kumar, N (2004) **Changing geographic access to and locational efficiency of health services in two Indian districts between 1981 and 1996.** *Social Science and Medicine*, 58 (10): 2045-2067.
- Kunst, I; Tomljenović, R (2011) **The role of health tourism in improving the competitiveness of rural areas in the Republic of Croatia.** Zagreb: Institut za turizam.
- Kunzmann, K (2008) **Futures for European Space 2020.** *Journal of Nordregio*, 2: 12-16.
- Kunzmann K; Wegener M (1991) **The Pattern of Urbanization in Western Europe.** *Ekistics*, 58: 282-291.
- Lane, J (2000) **New Public Management.** London: Routledge.
- Läpple, D (1991) **Essay über den Raum: Für ein gesellschaftswissenschaftliches Raumkonzept.** Dieser Beitrag wurde in der Publikation "Stadt und Raum", H. Häussermann et. al. (Hrg.), Pfaffenweiler, Centaurus-Verlag, 1991 veröffentlicht. Hamburg: Technische Univ. Hamburg-Harburg, Arbeitsbereich 1-06, Stadtökonomie.
- Layard, R; Glaister, S (1994) **Cost-benefit analysis.** Cambridge [England]: Cambridge University Press.
- Lázne, M (2009) **Reflection paper on future Cohesion Policy.** Informal Meeting of Ministers for Regional Policy, 22-24 April.
- Lasswell, H (1950) **Politics: Who gets what, when, how.** New York: P. Smith.
- Launoy, G; Le Coutour, X; Gignoux, M; Pottier, D; Dugleux, G. (1992) **Influence of rural environment on diagnosis, treatment, and prognosis of colorectal cancer.** *J Epidemiol Community Health*, 46(4): 365-367.
- Le Grand, J (1990) **Equity versus efficiency: the elusive trade-off.** *Ethics*, 100(3): 554-568.
- Leeson, P; Coyne, C; Boettke, P (2006) **Does the market self-correct? Asymmetrical adjustment and the structure of economic error.** *Review of Political Economy*, 18(1): 79-90.
- Lefebvre, H (1996) **Writings on cities.** Cambridge, Mass, USA: Blackwell Publishers
- Lefebvre, H (1968) **Le Droit à la ville.** Paris: Anthropos.

- Lenaerts, K (2012) **Defining the Concept of ‘Services of General Interest’ on Light of the ‘Checks and Balances’ set out in the EU Treaties.** *Jurisprudence*, 19(4): 1247-1267.
- Lenschow, A (2006) **Europeanisation of public policy.** In Richardson, J (ed) *European Union: Power and Decision-Making*, London: Routledge.
- Lerner, A (1944) **The Economics of Control.** New York: Macmillan.
- Liebowitz, S; Margolis, S (1998) **Network externalities (effects).** New Palgrave Dictionary of Economics and the Law, MacMillan.
- Lilley, S (2006) **On Neoliberalism: an Interview with David Harvey.** *MR Zine*, June 19.
- Lima, E (2003) **A Produção e a Estrutura de Custos dos Hospitais Públicos: Uma Aplicação de Um Modelo Translogaritmico.** *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 3: 19-28.
- Lipscomb, J; Douglass, C (1986) **Are larger dental practices more efficient? An analysis of dental services production.** *Health Services Research*, 21(5): 635-61.
- Loeffler, E; Taylor-Gooby, D; Bovaird, T; Hine-Hughes, F; Wilkes, L (eds) (2012) **Making Health and Social Care Personal and Local: Moving from Mass Production to Co-Production.** UK: Governance International.
- Lopes, M; Mendes, F; Escoval, A; Agostinho, M; Vieira, C; Vieira, I; Sousa, C; Cardozo, S; Fonseca, A; Casas Novas, V; Eliseu, G; Serra, I; Morais, C (2010) **Cuidados Continuados Integrados em Portugal – analisando o presente, perspectivando o futuro.** Documento de análise especializada, PNS 2011-2016, Alto Comissariado da Saúde e Universidade de Évora.
- Louis, V ; Rodrigues, S (2006) **Les services d’intérêt économique général et l’Union européenne.** Brussels: Bruylant.
- Lucas-Gabrielli, V; Nabet, N; Tonnellier F (2001) **Les soins de proximité: une exception française?** Paris: CREDES.
- Lucy, W (1981) **Equity and Planning For Local Services.** *Journal of the American Planning Association*, 47(4): 447-457.
- Luo, W; Wang, F (2003) **Measures of spatial accessibility to health care in a GIS environment: synthesis and a case study in the Chicago region.** *Environment and Planning, B, Planning & Design*, 30: 865-884.
- Luukkonen, J; Moilanen, H (2012) **Territoriality in the Strategies and Practices of the Territorial Cohesion Policy of the European Union: Territorial Challenges in Implementing “Soft Planning”.** *European Planning Studies*, 20(3): 481-500.
- Macdonald, J (1993) **Primary health care: Medicine in its place.** W. Hartford, Conn: Kumarian Press.
- Macinko, J; Starfield, B (2002) **Annotated Bibliography on Equity in Health, 1980-2001.** *International Journal for Equity in Health*, 1(1).
- Mainil, T (2012) **Transnational health care and medical tourism: Understanding 21st-century patient mobility - towards a rationale of transnational health region development.** Antwerpen: Universiteit Antwerpen.
- Mamede, R (2009) **Os desafios do desenvolvimento económico e o papel das políticas públicas.** In Carmo, R; Rodrigues, J (eds) *Onde para o Estado? Políticas Públicas em tempos de crise*, Lisboa: Nelson de Matos.
- Manning, N (2000) **The new public management and its legacy.** The World Bank Group, discussion note.
- MAOTDR (2007) **Programa Nacional da Política de Ordenamento do Território.** Lisboa: MAOTDR.
- Marks, G; Hooghe, M (2004) **Contrasting visions of multi-level governance.** In Bache; Flinders (eds) *Multi-level Governance*, Oxford: Oxford University Press.
- Marmor, T; Wendt, C (2012) **Conceptual frameworks for comparing healthcare politics and policy.** *Health Policy*, 107(1): 11-20.
- Marmot, M (2010) **Fair Society, Healthy Lives – The Marmot Review.** London: Department of Health.
- Marques, R (2005) **Regulação de Serviços Públicos.** Lisboa: Edições Sílabo.

- Marques, T (2003) **Dinâmicas territoriais e as relações urbano-rurais**. *Revista da Faculdade de Letras – Geografia*, XIX: 507-521.
- Marques, T; Alves, P (2010) **O desafio da governança policêntrica**. *Prospectiva e Planeamento*, 17: 141-164.
- Marshall, C; Rossman, G (1999) **Designing qualitative research**. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications.
- Marshall, J; Wood, P (1995) **Services and space: Key aspects of urban and regional development**. Harlow, Essex, England: Longman Scientific & Technical.
- Matania, E; Yaniv, I (2007) **Resource Priority, Fairness, and Equality-Efficiency Compromises**. *Social Justice Research*, 20(4): 497-510.
- Matos, M (2013) **Governança e Políticas Públicas em Territórios de Baixa Densidade**. Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Administração Pública, ISCTE-IUL, Lisboa.
- Mattson, J (2010) **Transportation, distance, and Health Care utilization for older adults in rural and small urban areas**. Research Report, North Dakota State University, Fargo.
- Mays, N; Mulligan, J; Goodwin, N (2000) **The British Quasi-Market in Health Care: A Balance Sheet of the Evidence**. *Journal of Health Services Research and Policy*, 5(1): 49-58.
- McCarrick, P (1992) **A Right to Health Care**. *KIEJ*, Scope Note Series, 20.
- McGrail, M; Humphreys, J (2009) **Measuring spatial accessibility to primary care in rural areas: Improving the effectiveness of the two-step floating catchment area method**. *Applied Geography*, 29: 533-541.
- McLeod, L; French, B; Dai, D; Localio, R; Keren, R (2011) **Patient Volume and Quality of Care for Young Children Hospitalized With Acute Gastroenteritis**. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 165(9): 857-863.
- McKee, K (2013) **The Big Society, Localism and Austerity: Challenges and dilemmas for theory and practice**. *1st seminar ESRC Big Society, Localism and Housing Series*, Sheffield University, 7th March.
- Mcpake, B; Kumaranayake, L; Normand, C (2002) **Health Economics: an international perspective**. New York: Routledge.
- Meade, M; Emch, M (2010) **Medical Geography**. New York: The Guilford Press.
- Meijers, E (2007) **From central place to network model: theory and evidence of a paradigm change**. *Tijdschrift voor Economische en Sociale Geografie*, 98: 245-259.
- Meijers, E; Waterhout, B; Zonneveld, W (2007) **Closing the GAP: Territorial Cohesion through Polycentric Development**. *European Journal of Spatial Development*, Refereed Articles, 24.
- Melkas, T (2013) **Health in all policies as a priority in Finnish health policy: A case study on national health policy development**. *Scandinavian Journal of Public Health*, 41(SUPPL.11): 3-28.
- Menachemi, N; Burke, D; Ayers, D (2004) **Factors affecting the adoption of telemedicine--a multiple adopter perspective**. *Journal of Medical Systems*, 28(6): 617-632.
- Mendoza, R (2008/2009) **Social Welfare, Public Health Policy and the Theory of Merit Goods**. *McGill Journal of Political Economy*, XXVIII: 57-65.
- Menezes, A; Rendeiro, M; Vieira, J (2006) **Eficiência Técnica dos Hospitais Portugueses 1997–2004: uma Análise (Regional) com Base num Modelo de Fronteira Estocástica**. *Port Rev Econ Stud*, 12.
- Mestre, A; Oliveira, M; Barbosa-Póvoa, A (2012) **Organizing hospitals into networks: a hierarchical and multiservice model to define location, supply and referrals in planned hospital systems**. *OR Spectrum*, 34(2): 319-348.
- Milligan, C; Wiles, J (2010) **Landscapes of care**. *Progress in Human Geography*, 34(6): 736-754.
- Ministério da Saúde (2007) **Proposta da Rede de Urgências: Relatório Final**. Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação das Urgências, Lisboa.
- Miranda, N; Loureiro, I (2010) **Promover a Saúde: dos fundamentos à acção**. Coimbra: Almedina.
- Mirwald, K; MacMaster, I; Bachtler, J (2009) **Reconsidering Cohesion Policy: the contested debate on Territorial Cohesion**. *European Policy Research Paper*, 66, EoRPA 08/5, UK.

- Mishan, E (1976) **Cost-Benefit Analysis**. New York: Praeger.
- Mohan, J (1998) **Explaining geographies of health care**. *Health and Place*, 4: 113-124.
- Mohan, J (1991) **The Internationalisation and Commercialisation of Health Care in Britain**. *Environment and Planning A*, 23: 853-867.
- Mohan, J (1988) **Restructuring, privatization and the geography of health care provision in England 1983-1987**. *Transactions of the Institute of British Geographers*, 13: 449-65.
- Molle, W (2007) **European cohesion policy**. London: Routledge.
- Montibeller, G; Franco, G (2010) **Multi-Criteria Decision Analysis for Strategic Decision Making**. In Zopounidis C; Pardalos, P (eds) *Handbook of Multicriteria Analysis, Applied Optimization*, Berlin: Springer.
- Mooney, G; Jan, S (1997) **Vertical equity: weighting outcomes or establishing procedures?** *Health Policy*, 39(1): 79-87.
- Moreira, J; Alves, A (2009) **Gestão Pública: entre a visão clássica da Administração Pública e o novo paradigma da Governação Pública**. *Revista Enfoques: Ciência Política y Administración Pública*, VII(11): 11-36.
- Moreira, V (2009). **Nós, europeus**. Alfragide: Publicações Dom Quixote.
- Moreira, V (2009b). **Os serviços públicos tradicionais sob o impacto da União Europeia**. *ReDAE*, 19:1-21.
- Morley, A (2012) **Healthy Lives, Healthy People: Update on Public Health Funding**. Briefing, Local Government House, 14 June.
- Mourato, J; Ferrão, J (2010) **A Avaliação de Políticas Públicas como Factor de Aprendizagem, Inovação Institucional e Cidadania**. *Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais*, 12(1): 9-28.
- Mourato, J; Rosa Pires, A (2007) **Portugal e a perspectiva de desenvolvimento do Espaço Europeu: o EDEC como institucionalização de um discurso de mudança**. *Sociedade e Território*, 40: 34-42.
- Murray, G; Teasdale, G (2005) **The Relationship between Volume and Health Outcomes**. Report of Volume/Outcome Sub-Group to Advisory Group to National Framework for Service Change NHS Scotland.
- Musgrave, R (1959) **The Theory of Public Finance**. New York: McGraw-Hill.
- Musgrove, P (1996) **Public and Private Roles in Health: Theory and Financing Patterns**. Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper, The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank, Washington, DC.
- Muus, K; Ludtke, R; Gibbens, B (1995) **Community perceptions of rural hospital closure**. *Journal of Community Health*, 29(1): 65-73.
- Nadin, V (2005) **Spatial Planning and Territorial Development at the Regional Level**. Paper presented at the conference *Managing Space - Making Place*, Dublin, October.
- Nemet, G; Bailey, A. (2000) **Distance and health care utilization among the rural elderly**. *Soc. Sci. Med.* 1197-1208.
- Newman, J (2002) **The new public management, modernization and institutional change: Disruptions, disjunctures and dilemmas**. In McLaughlin, K; Osborne, S; Ferlie, E (eds) *New public management: Current trends and future prospects*, London: Routledge.
- Nguyen, H (2011) **The principal-agent problems in health care: evidence from prescribing patterns of private providers in Vietnam**. *Health Policy and Planning*, 26: 53-62.
- Nicholls, S (2001) **Measuring the accessibility and equity of public parks: a case study using GIS**. *Managing Leisure*, 6(4): 201-219.
- Nijkamp, P; Ubbels, B; Verhoef, E (2002) **Transport Investment Appraisal and the Environment**. Tinbergen Institute Discussion Paper, TI 2002 – 104/3.
- Nistor, L (2011) **Public services and the European Union: Healthcare, health insurance and education services**. Hague: T.M.C. Asser Press.

- Noh, M; Lee, Y; Yun, S-C; Lee, S; Lee, M-S; Khang, Y-H (2006) **Determinants of hospital closure in South Korea: Use of a hierarchical generalized linear model.** *Social Science & Medicine*, 63(9): 2320-2329.
- Noor, A; Zurovac, D; Hay, S; Ochola, S; Snow, R (2003) **Defining equity in physical access to clinical services using geographical information systems as part of malaria planning and monitoring in Kenya.** *Tropical Medicine and International Health*, 8(10): 917-926.
- Nozick, R (1974) **Anarchy, State and Utopia.** New York: Basic Books.
- Nunes, J (2011) **Os mercados fazem bem à saúde? O caso do acesso aos cuidados.** *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 95: 137-153.
- O'Connor, J (1973) **The fiscal crisis of the state.** New York: St. Martin Press.
- O'Neill, S (2001) **Clinical governance in action. Part 10: Promoting communication.** *Professional Nurse*, 16(7): 1270-1271.
- O'Neill, S (2000) **Clinical governance in action. Part 2: Effective risk-management strategies.** *Professional Nurse*, 15(11): 684-5.
- Oakes, M (2004) **The (mis)estimation of neighborhood effects: Causal inference for a practicable social epidemiology.** *Social Science & Medicine*, 58(10): 1929-1952.
- OCDE (2011) **Assessing and monitoring rural-urban linkages in functional regions: a methodological framework.** 22nd Session of the Working Party on Territorial Indicators, November.
- OCDE (2011b) **Partnerships and rural-urban relationships: an OECD perspective.** 22nd Session of the Working Party on Territorial Indicators, November.
- OCDE (2010) **Urban-rural linkages: issues, measurement and policies in OECD countries.** OECD Workshop: Urban Rural linkages, November.
- OCDE (2009a) **Investing for Growth: Building Innovative Regions: Policy Report.** Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development.
- OCDE (2009b) **Regions Matter: Economic Recovery, Innovation and Sustainable Growth.** Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development.
- OCDE (2009c) **How Regions Grow.** Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development.
- OCDE (2006) **The New Rural Paradigm: Policies and Governance.** *OECD Rural Policy Reviews*, Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development.
- OCDE (2006b) **Territorial Reviews: Competitive cities in the global economy.** Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development.
- OCDE (2002) **Redefining territories: the Functional Regions.** Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development.
- OCDE (2001) **Territorial outlook.** Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development.
- OCDE (1987) **Financing and Delivering Health Care: A Comparative Analysis of OECD Countries.** OECD Social Policy Studies, 4, Paris.
- Oliveira, M; Bevan, G (2003) **Measuring Geographic Inequities in the Portuguese Health Care System: An Estimation of Hospital Care Needs.** *Health Policy*, 66(3): 177-192.
- OMS (2012) **Health 2020: policy framework and strategy.** Malta: Regional Committee for Europe.
- OMS (2011) **Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde.** World Conference on Social Determinants of Health, Rio de Janeiro, Brasil, 21 de Outubro.
- OMS (2010) **Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da acção sobre os seus determinantes sociais.** Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde, Organização Mundial da Saúde.
- OMS (2010b) **How health systems can address health inequities through improved use of Structural Funds.** Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

- OMS (2010c). **The World health report: Health systems financing: the path to universal coverage**. Geneva: World Health Organization.
- OMS (2009) **An assessment of interactions between global health initiatives and country health systems**. *Lancet*, 373(9681): 2137-69.
- OMS (2002) **Global Public Goods for Health**. The Report of Working Group 2 of the Commission on Macroeconomics and Health, Geneva: World Health Organization.
- OMS (2000) **Health systems: Improving performance**. Geneva: World Health Organization.
- OMS (1986) **Ottawa Charter for Health Promotion: An International Conference on Health Promotion**. Ottawa, Canada.
- OMS (1978) **Declaration of Alma-Ata**. *International Conference on Primary Health Care*, USSR, 6-12 September. Alma Ata: World Health Organization.
- Onokerhoraye, A (1999) **Access and Utilization of Modern Health Care Facilities in the Petroleum-producing Region of Nigeria: The Case of Bayera State**. *Research Paper, 162*, Takemi Program in International Health, Harvard School of Public Health, Boston.
- OPSS (2013) **Duas faces da saúde: Relatório de Primavera 2013**. Observatório Português dos Sistemas de Saúde, Coimbra: Mar da Palavra.
- OPSS (2012) **Crise & Saúde – um país em sofrimento: Relatório de Primavera 2012**. Observatório Português dos Sistemas de Saúde, Coimbra: Mar da Palavra.
- OPSS (2011) **Da depressão da crise... Para a governação prospectiva da saúde: Relatório de Primavera 2011**. Observatório Português dos Sistemas de Saúde, Lisboa: OPSS.
- OPSS (2010) **Desafios em Tempos de Crise: Relatório de Primavera 2010**. Observatório Português de Sistemas de Saúde, Lisboa: OPSS.
- OPSS (2001) **Conhecer os caminhos da Saúde: Relatório de Primavera 2001**. Observatório Português dos Sistemas de Saúde, Lisboa: OPSS.
- Ormond, B; Wallin, S; Goldenson, S (2000) **Supporting the Rural Health Care Safety Net**. *Occasional Paper Number 36*, The Urban Institute, Washington, DC.
- Osborne, D; Gaebler, T (1992) **Reinventing Government**. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Osborne, S (2010) **Delivering Public Services: Time for a new theory?** *Public Management Review*, 12(1): 1-10.
- Osborne, S; McLaughlin, K (2002) **The New Public Management in Context**. In K. McLaughlin; Osborne, S; Ferlie, E (eds) *New Public Management: Current trends and future prospects*, London e New York: Routledge.
- Ostrom, E (2009) **A polycentric approach for coping with Climate Change**. *World Bank Policy Research working paper*, WPS 5095.
- Ottaviano, G, Thisse, J (2004) **Agglomeration and economic geography**. In Henderson, J; Thisse, J (eds) *Handbook of Regional and Urban Economics*, Amsterdam: North-Holland.
- Oxley, H; MacFarlan, M (1995) **Health care reform: Controlling spending and increasing efficiency**. *OECD Economic Studies*, 24.
- Page, W; Lopatka, J (1997) **Network Externalities**. In *Encyclopedia of Law & Economics*, Edward Elgar and the University of Ghent Publishers.
- Parr, J (2004) **The Polycentric Urban Region: A Closer Inspection**. *Regional Studies*, 38(3): 231-240.
- Paton, C (2007) **Visible Hand or Invisible Fist? The New Market and Choice in the English NHS**. *Health Economics, Policy and Law*, 2(3): 317-325.
- Patton, M (2002) **Qualitative research and evaluation methods**. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications.
- Paula, A (2005) **Por uma nova gestão pública: Limites potencialidades da experiência contemporânea**. Rio de Janeiro: Editora FGV.

- PE (2007) **Seguimento da Agenda Territorial e da Carta de Leipzig: para um programa de acção europeu de desenvolvimento do espaço e coesão territorial.** Nota ad hoc. Direcção-Geral das Políticas Internas da União, Parlamento Europeu, Bruxelas.
- Pellegrino, E (1999) **The commodification of medical and health care: The moral consequences of a paradigm shift from a professional to a market ethic.** *Journal of Medicine and Philosophy*, 24(3): 243-266.
- Penchansky, R.; Thomas, W (1981) **The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction.** *Medical Care*, 19: 127-140.
- Pereira, L; Spink, P (2005) **Reforma do Estado e administração pública gerencial.** Rio de Janeiro: Editora FGV.
- Pereira, M (2009) **Cultura de Planeamento e Governação: Contributos para a coesão territorial.** *1º Congresso de Desenvolvimento Regional de Cabo Verde* (em simultâneo com o 15º Congresso da Associação Portuguesa de Desenvolvimento Regional, o 2º Congresso Lusófono de Ciência Regional e o 3º Congresso de Gestão e Conservação da Natureza), Cidade da Praia, Ilha Santiago, Cabo Verde, Julho.
- Pereira, M; Gil, D (2010) **Cooperação Inter-Municipal em Sistemas Urbanos Policêntricos: Exemplificação em Territórios de Baixa Densidade.** *Prospectiva e Planeamento*, 17: 165-195.
- Periyakoil, V (2007) **Taming wicked problems in modern health care systems.** *Journal of Palliative Medicine*, 10(3): 658-9.
- Perry, M; Williams, R; Wallerstein, N; Waitzkin, H (2008) **Social Capital and Health Care Experiences Among Low-Income Individuals.** *Am J Public Health*, 98(2): 330-336.
- Peter, F (2001) **Health Equity and Social Justice.** *Journal of Applied Philosophy*, 18(2): 159-170.
- Piachaud, D (2008) **Social justice and public policy: a social policy perspective.** In Craig, G; Burchardt, T; Gordon, D (eds) *Social Justice and Public Policy: Seeking fairness in diverse societies*, London: Policy Press.
- Piattoni, S (2010) **The theory of multi-level governance: conceptual, empirical, and normative challenges.** New York: Oxford University Press.
- Pigou, A (2009) **The Economics of Welfare.** USA: Transaction Publishers.
- Pirie, G (1983) **On spatial justice.** *Environment and Planning (A)*, 15(4): 465-473.
- Pisco, L (2011) **Reforma da Atenção Primária em Portugal em duplo movimento: unidades assistenciais autónomas de saúde familiar e gestão em agrupamentos de Centros de Saúde.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6): 2841-2852.
- Pisco, L (2007) **Sistema Nacional de Saúde de Portugal e a integração com APS.** *III Seminário Internacional de Atenção Primária / saúde da família*, Recife, 14 de Dezembro.
- Planning Theory and Practice (2005) **Interface on: territorial cohesion**, 6(3): 387-409.
- Pollitt, C (2012) **New perspectives on public services: Place and technology.** Oxford: Oxford University Press.
- Pollitt, C (1993) **Managerialism and the public services: Cuts or cultural change in the 1990s?** Oxford, OX, UK: Blackwell Business.
- Pollock, A; Williams, P (2000) **Health tourism trends: closing the gap between Health Care and Tourism.** In Gartner; Lime (eds) *Trends in Outdoor Recreation, Leisure and Tourism*, Cambridge: CABI Publishing.
- Pong, R; Pitblado, J (2001) **Don't take "geography" for granted! Some methodological issues in measuring geographic distribution of physicians.** *Canadian Journal of Rural Medicine*. 6(2): 103-112.
- Porter, M (1998) **Clusters and the new economics of competition.** *Harvard Business Review*, 76(6): 77-90.
- Porter, M (1990) **The competitive advantage of nations.** New York: Free Press.
- Porter-O'Grady, T; Finnegan, S (1984) **Shared Governance for Nursing.** Rockville, MD: Aspen Publishers.
- Porter-O'Grady, T; Hawkins, M; Parker, M (1997) **Whole-Systems Shared Governance: Architecture for Integration.** Gaithersburg, MD: Aspen Publishers.
- Posnett, J (1999) **Is bigger better? Concentration in the provision of secondary care.** *BMJ*, 319: 1063-1065.

- Pratt, R; Morgan, S; Hughes, J; Mulhall, A; Fry, C; Perry, C; Tew, L (2002) **Healthcare governance and the modernisation of the NHS: infection prevention and control.** *Br J Infect Control*, 3(5): 16-25.
- Preyra, C; Pink, G (2006) **Scale and scope efficiencies through hospital consolidations.** *Journal of Health Economics*, 25(6): 1049-1068.
- Prior, D; Solà, M (2000) **Technical efficiency and economies of diversification in health care.** *Health Care Management Science*, 3(4): 299-307.
- Probst, J; Samules, M; Hussey, J; Berry, D; Ricketts, T (1999) **Economic impacts of hospital closure on small rural counties, 1984 to 1988: Demonstration of a comparative analysis approach.** *Journal of Rural Health* 15(4): 375-390.
- Prodi, R (2003) **Services of general economic interest and the European model of development.** Speech, CEEP dinner, Brussels, 5 February.
- Prosser, T (2005) **The Limits of Competition Law: Markets and Public Services.** Oxford: Oxford University Press.
- Puska, P; Vartiainen, E; Laatikainen, T; Jousilahti, P; Paavola, M (2009) **North Karelia Action: From North Karelia to National Action.** Helsinki: Helsinki University Printing House.
- Putnam, R (2000) **Bowling alone: The collapse and revival of American community.** New York: Simon & Schuster.
- Radaelli, C (2004) **Europeanization: solution or problem?** *European Integration online Papers (EIoP)*, 8(16).
- Radnor, Z; Holweg, M; Waring, J (2012) **Lean in healthcare: the unfilled promise?** *Social Science & Medicine*, 74(3): 364-71.
- Raphael, D (2011) **A discourse analysis of the social determinants of health.** *Critical Public Health*, 21(2): 221-236.
- Ravesteyn, N; Evers, E (2004) **Unseen Europe: A survey of EU politics and its impacts on spatial development in the Netherlands.** The Hague: Netherlands Institute for Spatial Research.
- Rawls, J (1958) **Justice as fairness.** New York: Irvington.
- Rawls, J (1971) **A Theory of Justice.** Cambridge, MA: Belknap Press.
- Rawls, J (1993) **Political Liberalism.** New York, NY: Columbia University Press.
- Rawls, J (2001) **Justice as Fairness.** Cambridge, MA: Belknap Press.
- Rego, G; Brandão, C; Melo, H; Nunes, R (2002) **Distributive Justice and the Introduction of Generic Medicines.** *Health Care Analysis*, 10(2): 221-229.
- Reibling, N (2010) **Healthcare systems in Europe: towards an incorporation of patient access.** *Journal of European Social Policy*, 20(1): 5-18.
- Reis, J (2007) **Governança Regional e Gestão das Intervenções Financiadas pelos Fundos Estruturais.** Observatório do QCA III.
- Rhodes, R (1997) **Understanding Governance: Policy Networks, Governance, Reflexivity and Accountability.** Buckingham and Philadelphia: Open University Press.
- Rhodes, R (1996) **The New Governance: Governing without Government.** *Political Studies*, 44: 652-667.
- Ribeiro, J (ed) (2011) **Os Cidadãos no centro do Sistema. Os Profissionais no centro da mudança.** Relatório Final do Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar, Ministério da Saúde.
- Ribeiro, J; Baganha, M; Pires, S (2002) **O sector da saúde em Portugal: funcionamento do sistema e caracterização sócio-profissional.** *Oficina do CES*, 182:1-33.
- Richardson, T; Jensen, O (1999) **The Trouble with the ESDP.** *North*, 6: 11-16.
- Ricz, J et al (2010) **Handbook for the national implementation of the Territorial Agenda of the European Union: the case of Hungary.** NFGM – VATI, Budapest.

- Robert, J; Stumm, T; Vet, J; Reincke, J; Hollanders, M; Figueiredo, M (2001) **Spatial impacts of community policies and costs of non-co-ordination**. Study carried out at the request of the Directorate-General "Regional Policy" European Commission.
- Robson, C (2002) **Real world research: A resource for social scientists and practitioner-researchers**. Oxford, UK: Blackwell Publishers.
- Rodrigues, C (2008) **Universities and regional development: a new perspective on the second academic revolution**. Tese apresentada à Universidade de Aveiro para obtenção do grau de Doutor em Ciências Sociais, Universidade de Aveiro.
- Rosa, E (2013) **A situação económica e financeira atual do SNS e a sua sustentabilidade futura**. *Congresso Democrático das Alternativas: Resgatar Portugal para um futuro decente*, Fórum Lisboa, 11 de Maio.
- Rosa Pires, A (2005) **The fragile foundations of european spatial planning in Portugal**. *European Planning Studies*, 13(2): 237-252.
- Rosenthal, M; Zaslavsky, A; Newhouse, J (2005) **The Geographic Distribution of Physicians Revisited**. *Health Services Research*, 40(6): 1931-1952.
- Rott, P (2007) **Consumers and Services of General Interest: Is EC Consumer Law the Future?** *Journal of Consumer Policy*, 30: 49-60.
- Roy, B (2005) **Paradigms and Challenges**. In Figueira, J; Greco, S; Ehrgott, M (eds) *Multiple Criteria Decision Analysis: State of the Art Surveys*, New York: Springer.
- Rudge, G; Fillingham, S; Girling, A; Stevens, A; Mohammed, M; Sidhu, K (2013) **The Combined Influence of Distance and Neighbourhood Deprivation on Emergency Department Attendance in a Large English Population: A Retrospective Database Study**. *Plos One*, 8(7).
- Ruhanen, L; Scott, N; Ritchie, B; Tkaczynski, A (2010) **Governance: a review and synthesis of the literature**. *Tourism Review*, 65(4): 4-16.
- Sakellarides, C; Reis, V; Escoval, A; Conceição, C; Barbosa, P (2005) **O futuro do Sistema de Saúde Português: "Saúde 2015"**. Relatório realizado para o Observatório do QCAIII, Escola Nacional de Saúde Pública, UNL.
- Salez, P (2009) **How Europe comes to spatial planning: from the birth of regional policy to the Green Paper on territorial cohesion, the emergence of the Community as a player over more than 20 years**. In Baudelle, G; Jean, Y; Vanier, M (eds) *L'Europe, aménager les territoires*, Paris : A.Colin.
- Salla, V (2010) **Political Myth, Mythology and the European Union**. *Journal of Common Market Studies*, 48(1): 1-19.
- Saltman, R; Figueras, J (1998) **Analyzing the evidence on European health care reforms**. *Health Affairs*, 17(2): 85-108.
- Saltman, R; Figueras, J (1997) **European health care reform: Analysis of current strategies**. Copenhagen: World Health Organisation, Regional Office for Europe.
- Samuelson, P (1947) **Foundations of Economic Analysis**. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Samuelson, P; Nordhaus, W (2001) **Economia**. Lisboa: McGraw-Hill.
- Sandel, M (1982) **Liberalism and the limits of justice**. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sanders, D; Baum, F; Benos, A; Legge, D (2011) **Revitalising primary healthcare requires an equitable global economic system - now more than ever**. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 65(8): 661-5.
- Santana, P (2010) **Os ganhos em saúde e no acesso aos serviços de saúde**. In Simões (ed) *30 anos do Serviço Nacional de Saúde: um percurso comentado*, Coimbra: Almedina.
- Santana, P (2005) **Geografias da Saúde e do Desenvolvimento. Evolução e Tendências em Portugal**. Coimbra: Almedina.
- Santana, P et al (2012) **Geografia do Estado de Saúde – Uma aplicação do Índice de Saúde da População nos últimos 20 anos (GeoHealthS)**. Projeto financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia, PTDC/CS-GEO/122566/2010, 2012-2015.

- Santana, P; Machado, M (2007) **A cidade e a saúde**. Coimbra: Almedina.
- Santinha, G (2014) **O princípio de Coesão Territorial enquanto novo paradigma de desenvolvimento na formulação de políticas públicas: (re)construindo ideias dominantes**. *EURE*, 40(119): 75-97.
- Santinha, G (2013) **Cuidados de Saúde e Território: um debate em torno de uma abordagem integrada**. *Saúde e Sociedade*, 22(3): 815-829.
- Santinha, G (2004) **Os cidadãos e as Tecnologias de Informação e Comunicação: definição de um Quadro de Boas Práticas para o Sector da Saúde**. Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para obtenção do grau de Mestre em Inovação e Políticas de Desenvolvimento, Universidade de Aveiro.
- Santinha, G; Castro, E (2008) **Território, Redes e Tecnologias de Informação e Comunicação: contextos para uma nova adequação dos Instrumentos de Gestão Territorial**. *Sociedade e Território: Revista de Estudos Urbanos e Regionais*, 41: 80-91.
- Santinha, G; Marques, J; Castro, E (2006) **TIC e Desenvolvimento Regional: a necessidade de repensar a organização económica e social do território no contexto da Sociedade da Informação e do Conhecimento**. *RPER: Revista Portuguesa de Estudos Regionais*, 11: 77-99.
- Santinha, G; Marques, T (2012) **A integração do princípio de Coesão Territorial na agenda política: o caso português**. *Revista de Geografia e Ordenamento do Território*, 2: 215-244.
- Santinha, G; Rodrigues, C; Almeida, A (2009) **Rumo a um novo ciclo de apoio comunitário: que impactos na definição de políticas territoriais de desenvolvimento local? O caso do Município de Arouca**. *Inforgeo*, 24: 45-65.
- Santos, A; Dias, C; Gonçalves, C; Sakellarides, C (2010) **Estratégias Locais de Saúde**. Documento de análise especializada, PNS 2011-2016, Alto Comissariado da Saúde e Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa.
- Santos, F (2009) **Territórios Resilientes enquanto Orientação de Planeamento**. *Prospectiva e Planeamento*, 16: 13-28.
- Santos, M (2003) **Saúde e ambiente no processo de desenvolvimento**. *Ciência e Saúde Coletiva*, 8(1): 309-314.
- Sapir, A (Chairman of the Group) (2003) **An Agenda for a Growing Europe. Making the EU Economic System Deliver**. Report of an Independent High-Level Study Group established on the initiative of the President of the European Commission.
- Scally, G; Donaldson, L (1998) **Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England**. *BMJ*, 317: 61-5.
- Schäfer, W; Kroneman, M; Boerma, W; Van den Berg, M; Westert, G; Devillé, W; Van Ginneken, E (2010) **The Netherlands: Health system review**. *Health Systems in Transition*, 12(1): 1-229.
- Scharpf, F (2002) **The European Social Model: Coping with the challenges of diversity**. *Journal of Common Market Studies*, 40(4): 645-670.
- Schmidt, V (1992) **Adaptive justice: Local distributive justice in sociological perspective**. *Theory and Society*, 21(6).
- Sen, A (2010) **A Ideia de Justiça**. Coimbra: Almedina.
- Sen, A (1999) **Development as freedom**. New York: Knopf.
- Sen, A (1992) **Inequality Reexamined**. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- SEOTC (2005) **PROT 2006: Orientações para a elaboração dos Planos Regionais de Ordenamento do Território**. Lisboa: MAOTDR.
- Servillo, L (2010) **Territorial Cohesion Discourses: Hegemonic Strategic Concepts in European Spatial Planning**. *Planning Theory & Practice*, 11(3): 397-416.
- Shannon, G (1980) **Space and time in medical care geography**. In Meade, M (ed) *Conceptual and Methodological Issues in Medical Geography*, Chapel Hill, NC: University of North Carolina.
- Shannon, G; Dever, G (1974) **Health Care Delivery: Spatial Perspectives**. New York: McGraw Hill.
- Sharpe, L (1993) **The Rise of Meso-government in Europe**. London: Sage.

- Shaw, D; Sykes, O (2005) **Addressing connectivity in spatial planning: the case of the English regions.** *Planning Theory & Practice*, 6(1): 11-33.
- Shaw, W (1999) **Contemporary Ethics: taking account of utilitarianism.** USA: Blackwell Publishers.
- Shuman, I; Hardwick, C; Huber, G (1973) **Location of ambulatory care centers in a metropolitan area.** *Health Services Research*, 8(2): 121-38.
- Siddiqi, S; Masud, T; Nishtar, S; Peters, D; Sabri, B; Bile, K; Jama, M (2009) **Framework for assessing governance of the health system in developing countries: gateway to good governance.** *Health Policy*, 90: 13-25.
- Silva, S (2010) **Gasto, financiamento e eficiência.** In Simões, J (ed) *30 Anos do Serviço Nacional de Saúde - Um Percorso Comentado*, Coimbra: Almedina.
- Simões, J (2009) **Tendências internacionais nas políticas públicas de saúde.** *Janus*, 2 (a saúde no mundo): 1-7.
- Simões, J; Dias, A (2010) **Políticas e governação em saúde.** In Simões, J (org.) *30 anos do Serviço Nacional de Saúde - um percurso comentado*, Coimbra: Almedina.
- Simões, P; Marques, R (2011) **Performance and congestion analysis of the Portuguese hospital services.** *Central European Journal of Operation Research*, 19(1): 39-63.
- Simonet, D (2008) **The New Public Management theory and European health-care reforms.** *Canadian Public Administration*, 51(4): 617-635.
- Simonsen, N (2013) **Health promotion in local contexts and enabling factors: A study of primary healthcare personnel, local voluntary organizations and political decision makers.** Doctoral dissertation, University of Helsinki, Faculty of Medicine, Hjelt Institute, Department of Public Health.
- Sinay, U (1998) **Pre- and post-merger investigation of hospital mergers.** *Eastern Economic Journal*, 24: 83-97.
- Smith, A (2003) **An Inquiry into the Nature and Causes of the Wealth of Nations (1976).** In Medema, S; Samuels, W (eds) *The History of Economic Thought: A Reader*, London: Routledge.
- Smith, A; Haakonssen, K (2002) **The theory of moral sentiments.** Cambridge, U.K: Cambridge University Press.
- Smith, D (1979) **Where the grass is greener: geographical perspectives on inequality.** London: Redwood Burn Limited.
- Smith, D (2000) **Social justice revisited.** *Environment and Planning A*, 32(7): 1149-1162.
- Smith, K; Humphreys, J; Wilson, M (2008) **Addressing the health disadvantage of rural populations: how does epidemiological evidence inform rural health policies and research?** *Aust J Rural Health*, 16: 56-66.
- Smith, P; Stepan, A; Valdimanis, V; Verheyen, P (1997) **Principal-agent problems in health care systems: an international perspective.** *Health Policy*, 41(1): 37-60.
- Soja, E (2010) **Seeking spatial justice.** Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Spear, S (2005) **Fixing health care from the inside, today.** *Harvard Business Review*, 83(9): 78-91.
- Squire, S (2001) **Clinical governance in action. Part 7: Effective Learning.** *Professional Nurse*, 16(4): 1014-1015.
- Ståhl, T; Wismar, M; Ollila, E; Lahtinen, E; Leppo, K (2006) **Health in all policies: Prospects and potentials.** Finland: Ministry of Social Affairs and Health.
- Stake, R (1995) **The art of case study research.** Thousand Oaks: Sage Publications.
- Starfield, B (2011) **Politics, primary healthcare and health: was Virchow right?** *Journal of Epidemiology and Community Health*, 65(8): 653-5.
- Starfield, B (2001) **Improving equity in health: A research agenda.** *International Journal of Health Services*, 31(3): 545-66.
- Stark, S; Torrance, H (2005) **Case Study.** In Somekh, B; Lewin, C (ed) *Research methods in the social sciences*, London: SAGE Publications.

- Stead, D; Meijers, E (2009) **Spatial Planning and Policy Integration: Concepts, Facilitators and Inhibitors.** *Planning Theory & Practice*, 10(3): 317-332.
- Stead, D; Waterhout, B (2008) **Learning from the Application of the ESDP: Influences on European Territorial Governance.** *disP*, 172: 21-34.
- Stensland, J; Brasure, M; Moscovice, I; Radcliff, T (2002) **The Financial Incentives for Rural Hospitals To Expand the Scope of Their Services.** *Working Paper Series*, 40, Rural Health Research Center, University of Minnesota.
- Stevens, A; Raftery, J; Mant, J(2004) **An introduction to HCNA: the epidemiological approach to health care needs assessment.** In Stevens, A. et al (eds) *Health care needs assessment: the epidemiologically based needs assessment reviews*, First series, vol.1, Oxford: Radcliffe Publishing.
- Stiglitz, J (2008) **Turn Left for Sustainable Growth.** *Economists' Voice*, 5: 1-3.
- Stiglitz, J (2000) **Economics of the Public Sector.** Norton.
- Stiglitz, J (1999) **Knowledge as a Global Public Good.** In Kaul, I; Grunberg, I; Stern, M (eds.) *Global Public Goods: International Cooperation in the 21st Century*. New York: Oxford University Press.
- Stiglitz, J (1992) **Rethinking the Economic Role of the State: Publicly Provided Private Goods.** Lecture delivered at University Pompeu Fabra, Barcelona.
- Stitzenberg, K; Thomas, N; Dalton, K; Brier, S; Ollila, D; Berwick, M; Mattingly, D; Millikan, R (2007) **Distance to diagnosing provider as a measure of access for patients with melanoma.** *Archives of Dermatology*, 143(8): 991-8.
- Strandberg-Larsen, M; Nielsen, MB; Vallgård, S; Krasnik, A; Vrangbæk, K; Mossialos, E (2007) **Denmark: Health system review.** *Health Systems in Transition*, 9(6): 1-164.
- Stoker, G (1998) **Governance Theory: Five Propositions.** *International Social Science Journal*, 50(155): 17-28.
- Subramanian, S; Kawachi, I; Kennedy, B (2001) **Does the state you live in make a difference? Multilevel analysis of self-rated health in the US.** *Social Science & Medicine*, 53(1): 9-19.
- Sütő, A; Salamin, G; Szabó, P (2010) **Issues of Territoriality and Territorial Cohesion in the Revision of the TSP and the Territorial Agenda – A Sort of Connection Between Geography and Regional Policy.** *Forum geografic*, 9: 145-154.
- Sykes, O (2011) **Investigating Sub-state Interpretations of European Territorial Cohesion: The Case of the United Kingdom.** *International Planning Studies*, 16(4): 377-396.
- Szlachta, J; Zaucha, J (2010) **A new paradigm of the EU regional development in the context of the Poland's National Spatial Development Concept.** Institute for Development, Working Papers 001/2010, Sopot, Poland.
- Talen, E (1998) **Visualizing Fairness: Equity Maps for Planners.** *Journal of the American Planning Association*, 64(1): 22-38.
- Tatam, J (2012) **Changes to public health governance: an opportunity for improved local engagement.** In Loeffler et al (eds) *Making Health and Social Care Personal and Local: Moving from Mass Production to Co-Production*, UK: Governance International.
- Taylor, B; Mathers, J; Atfield, T; Parry, J (2011) **What are the challenges to the Big Society in maintaining lay involvement in health improvement, and how can they be met?** *Journal of Public Health*, 33(1): 5-10.
- Teixeira, L (2012) **A reforma do centro de saúde: Precursos e discursos.** Lisboa: Mundos Sociais.
- Tellis, W (1997) **Application of a Case Study Methodology.** *The Qualitative Report*, 3(3), s/p.
- Theodori, G (2001) **Examining the effects of community satisfaction and attachment on individual well-being.** *Rural Sociology*, 66(4): 618-628.
- Thomson, S (2011) **Urban Health Care: Disparities Abound.** *Health Progress*, November-December.
- Timmins, N (2007) **Peering Through a Glass: Darkly.** *Health Economics, Policy and Law*, 2: 333-5.
- Town Planning Review (2005) **Special issue on Territorial Cohesion**, 76(1): 1-118.

Trotta, M (2009) **Évolution (1979-2008) des services d'hospitalisation en Belgique. Quels liens avec la hiérarchie urbaine?** *BSGLg*, 53: 35-45.

ULSCB (2009) **Business Plan 2009-2013**. Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, Castelo Branco.

Unal, E; Chen, S; Waldorf, B (2008) **Healthcare Access in Indiana**. Purdue Center for Regional Development, Indiana – USA, PCRD-R-5.

Vael et al. (2008) **Liberalisation in services of general economic interest: a bottom up citizens' perspective**. Deliverable 16 for the Project *Privatisation of Public Services and the Impact on Quality, Employment and Productivity (PIQUE)*, 6th Framework Programme.

Van de Walle, S (2008) **What services are public? What aspects of performance are to be ranked? The case of “services of general interest”**. *International Public Management Journal*, 11(3): 256-274.

Van Teijlingen E; Pitchforth, E (2010) **Rural maternity care: Can we learn from Wal-Mart?** *Health & Place*, 16: 359-364.

Van Well, L (2012) **Conceptualizing the Logics of Territorial Cohesion**. *European Planning Studies*, 20(9): 1549-1567.

Varian, H (1996) **Intermediate microeconomics: a modern approach**. New York: Norton & Company.

Vaz, A (2010) **Hospitais públicos portugueses**. In Simões, J (ed) *30 anos do Serviço Nacional de Saúde: um percurso comentado*, Coimbra: Almedina.

Veatch, R; Branson, R (1976) **Ethics and Health Policy**. Cambridge, Mass.: Ballinger Publishing Co.

Venesmaa, J (2011) **Organising a Maternity Care Service Network**. Lisensiaatintyö, Aalto University School of Science and Technology.

Verbeek, T; Boelens, L (2013) **Urban Planning and Public Health: revaluing a legacy from the past**. *AESOP/ACSP 5th joint congress 2013: planning for resilient cities and regions*, 15-19 July, Dublin.

Viana, A; Fausto, M; Lima, L (2003) **Política de Saúde e Equidade**. *São Paulo em Perspetiva*, 17(1): 58-68.

Vicente, J (2003) **Ambivalences of “Silicon Label”: network externalities vs. information externalities in location dynamics**. Paper presented at the *International RSA Conference*, Pisa, Italy.

Viegas, V; Frada, J; Pereira Miguel, J (2006) **A Direcção-Geral da Saúde: rotas históricas**. Lisboa: DGS.

Vieira da Silva, M (2012) **Políticas públicas de saúde**. In Rodrigues, M; Silva, P (org.) *Políticas Públicas em Portugal*, Lisboa: INCM & ISCTE.

Vigar, G (2009) **Towards an Integrated Spatial Planning?** *European Planning Studies*, 17(11): 1571-1590.

Vining, A; Weimer, D (2006) **Efficiency and Cost-Benefit Analysis**. In Peters, B; Pierre, J (eds) *Handbook of Public Policy*, London: SAGE Publications.

Vrangbæk, K; Østergren, K; Birk, H; Winblad, U (2007) **Patient reactions to hospital choice in Norway, Denmark, and Sweden**. *Health Economics, Policy and Law*, 2(2): 125-152.

Waitzkin, H (1981) **The social origins of illness: A neglected history**. *International Journal of Health Science*, 11(1): 77-103.

Walsh, J; Warren, K (1980) **Selective primary health care: An interim strategy for disease control in developing countries**. *Social Science & Medicine. Part C: Medical Economics*, 14(2): 145-163.

Waterhout, B; Meijers, E; Zonneveld, W (2003) **The application of polycentricity in spatial development policies in Europe: One concept serving multiple objectives**. EURA-EUROcities Conference, Budapest, Hungary, 28-30 August.

Watson, J (2009) **Health and Structural Funds in 2007-2013: Country and regional assessment**. DG Health & Consumers, European Commission.

Watson, J; Sebestyen, E (2011) **Final Report - PTOA Workshop on Health and Structural Funds**. Project EUREGIO III.

Wearing, R (2005) **Cases in corporate governance**. London: SAGE Publications.

- Weaver, M; Deolalikar, A (2004) **Economies of scale and scope in Vietnamese hospitals.** *Social Science and Medicine*, 59(1): 199-208.
- Wendt, C (2014) **Changing Healthcare System Types.** *Social Policy & Administration*, 4.
- Wendt, C (2009) **Mapping European healthcare systems: a comparative analysis of financing, service provision and access to healthcare.** *Journal of European Social Policy*, 19(5): 432-445.
- Weymark, J (2013) **Social Welfare Functions.** *Vanderbilt University Department of Economic Working Papers*, VUECON-13-00018.
- Whitehouse, C (1985) **Effects of distance from surgery on consultation rates in urban general practice.** *BMJ*, 290: 359-362.
- Wickstrom, B (1992) **Precedence, privilege, preferences, plus Pareto principle: Some examples on egalitarian ethics and economic efficiency.** *Public Choice*, 73: 101-115.
- Williams, R (1996) **European Union Spatial Policy and Planning.** London: Paul Chapman Publishing.
- Williamson, O (2007) **Transaction Cost Economics: An Introduction.** *Economics discussion papers – the open access*, 2007-3.
- Williamson, O (2005) **The Economics of Governance.** *AEA Annual Meeting Papers*, Philadelphia, PA, January 7-9.
- Williamson, O (1996) **The Mechanisms of Governance.** New York: Oxford University Press.
- Williamson, O (1985) **The Economic Institutions of Capitalism.** New York: Free Press.
- Williamson, O (1975) **Markets and hierarchies: analysis and antitrust implications.** New York: The Free Press.
- Williamson, O (1971) **The Vertical Integration of Production: Market Failure Considerations.** *American Economic Review*, 61: 112-123.
- Williamson, O; Masten, S (1995) **Transaction Cost Economics**, Vol I and II. Aldershot, UK: Edward Elgar.
- WHO (2002) **Global public goods for health.** WHO Commission on Macroeconomics and Health, Working Group 2, World Health Organization Library Cataloguing-in-Publication Data.
- Wing, P (1997) **Patient or client? If in doubt, ask.** *Can Med Assoc J*, 157: 287-289.
- Wong, C (2002) **Is there a need for a fully integrated spatial planning framework for the United Kingdom?** *Planning Theory & Practice*, 3(3): 277-300.
- Yin, R (1994) **Case study research: Design and methods.** Thousand Oaks: Sage Publications.
- Young, I (1990) **Justice and the Politics of Difference.** Princeton: Princeton University Press.
- Zopounidis, C; Doumpos, M (2002) **Multi-criteria Decision Aid in Financial DecisionMaking: Methodologies and Literature Review.** *J. Multi-Crit. Decis. Anal.*, 11: 167-186.